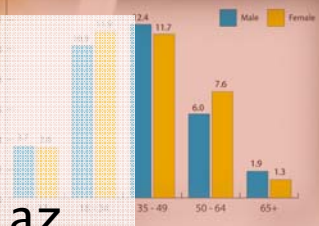




Sipos Ilona Magdolna

A haldokló beteg ápolása, az elhunyt ellátása



A követelménymodul megnevezése:
Gondozási-ápolási alapfeladatok

A követelménymodul száma: 1851-06 A tartalomlelem azonosító száma és célcsoportja: SzT-018-50



A HALÁLHOZ, HALDOKLÁSHOZ VALÓ VISZONYUNK

ESETFELVETÉS – MUNKAHELYZET

"Biztosíthatom, hogy nagy áldás egy haldokló beteg ágya mellett ülni. A haldoklás nem feltétlenül szomorú vagy rettenetes, gyakran csodálatos tapasztalatokat szerezhet. Nem kell, hogy a haldoklás szomorú vagy rettenetes legyen. Ehelyett nagyon sok csodálatos és kedves tapasztalatot szerezhet. Amit a haldoklótól tanul továbbadhatja gyermekeinek és szomszédjainak, és így talán világunk paradicsommá változik megint. Azt hiszem, ideje hozzálátnunk, hogy azzá tegyük."¹

SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

Az ember az egyetlen olyan élőlény, aki tudja, hogy meghal. Ezt azonban nem a maga valóságában fogja fel, hanem ahogy Freud is írja "alapjában véve senki sem hisz a saját halálában, tudattalanul mindenki meg van győződve a saját halhatatlanságáról".

A gyermekek azok, akik értetlenül állnak a halál ténye előtt, de a felnőtt ember is hasonló a gyermekhez. Legtöbbünket az ismeretlentől való félelem tölt el, a haláltól félni, természetes érzés.

A halál, a haldoklás az élettől idegenné vált. Falun még ma is meg lehet figyelni, hogyan kíséri a család, barátok, ismerősök a haldoklót az elköszönés útján. A halál évszázadokon keresztül az élet része volt, az élők nem féltek a haldoklótól és a haláltól. Régebben a temetők a települések középpontjában, a templom körül voltak. Élők és holtak egymás mellett, egymásra figyelve. Odajártak az emberek ünnepelni, sétálni, még vásárokat is rendeztek a temetőben. Ma már a temetők kiszorultak a települések peremére. Régebben a haldokló körül összegyűlt a rokonság, odamentek a szomszédok, a karon ülő gyermeket is odavitték. A haldoklót tisztelet és szeretet vette körül. Hite szerint gyónt vagy áldozott, végrendelkezett, bocsánatot kért és adott, búcsúzott. Tudta, hogy kik fogják öltöztetni, milyen ruhába, milyen lesz a temetése, hol fog nyugodni. A halál, a jó halál ünnepi és közösségi volt. Élet – halál összefonódott, kisgyermekkortól erre szocializálódott az ember.

¹ Forrás: Elizabeth Kübler-Ross

Ma már az emberek döntő többsége kórházban hal meg, csipogó műszerek, gépek között, végtelenül magányosan. A halál hospitalizálódott és az ember elvesztette a búcsúzás lehetőségét az otthoni környezettől. A család, nem szeretetlenségből nem kíséri hozzátartozóját a haldoklás útján, hanem, mert nem tanulták meg, hogy ezt hogyan is kell tenni. Sokszor a lelkes az egyetlen útitárs, ezen útitárs nélküli embereknek.

Ma a hirtelen halál uralmát éljük, főként a szívhalál – a koszorúerek elzáródása – gyorsan pontot tesz az emberi élet végére.

Az akut halál, a környezetet, az együtt élő embereket nagyon megrázza, míg a krónikus betegségben szenvedő kínjai, szenvedései, estleges személyiségváltozása, szellemi leépülése megváltoztatja az élet – halál szemléletet.

A veszteség és a halál általános és mégis egyedi tapasztalat. Az élet egyenlő veszteségek és nyereségek sorozata.

A halált nem csak a haldokló dolgozza fel nehezen, hanem a családja, barátai, de az ápolószemélyzet is. Az ápolók közössége nap, mint nap találkozik gyászt, betegséget megélt emberekkel, családokkal. Az ápolónak sokszor könnyebb a testi fájdalom enyhítése, mint a lelki szenvedések oldása. Az, hogy milyen mértékű lelki vigaszt tudunk nyújtani a betegnek és hozzátartozóinak, meghatározzák személyes érzések és értékrendek is. Kedvező énképre, önismereten alapuló belső erőre van szüksége, hogy segíteni tudjon. A haldokló ellátásához, a halandóság tudatának feldolgozásához, hatékony odafigyeléshez, ismerni kell saját korlátainkat, azt hogy mikor kell elmenni és mikor maradni.

A kórházi személyzet tagjai (orvosok, nővérek) a beteg halálát gyakran saját kudarcukként élik meg. Az orvos számára a halál szakmai szinten kudarcot jelenthet. A nyugati szemléletű kuratív gyógyítás célja a betegség megszüntetése vagy kezelése, az élettartam meghosszabbítása. A nővérek munkájuk egyik legjelentősebb stressz forrásának a haldoklók gondozását tartják. Hasonló képet mutatnak az orvosok körében végzett felmérések is: számukra jelentős nehézséget jelent a haldoklók ellátása során például a betegek érzelmi labilitása, a düh kezelése, a kezelés visszautasítása, a rossz prognózisról való beszélgetés, az elhunyt beteg hozzátartozóival való kommunikáció.

Az egészségügyi szakképzés során nem készítik fel a szakembereket a halállal való szembesülésre. A súlyos betegek elsődleges ellátási színtere a kórház. A családban a tabukérdésekről – így a halálról sem beszélnek. A többgenerációs családmodellt a kétgenerációs váltotta fel.

A halál kulturális meghatározottságával kapcsolatban három forma különíthető el. Az elsőben, melyet **tradicionálisnak** nevezünk, a halálhoz való viszonyt a társadalom minden egyes tagjára egységesen érvényes normák írják elő, ilyenek a régi falusi temetkezési szokások, mint a virrasztás vagy a siratás.

A második az úgynevezett **modern** típusban a halál leggyakoribb helyszíne a kórház. Ugyanakkor ez a sikeres gyógyításra létrehozott intézmény, valójában nem tud mit kezdeni a haldokló beteggel. Ennek következménye, a gyógyíthatatlan betegek elkülönítése, melynek szimbóluma az elfekvő. A harmadik, **neomodern** típusban, a haldoklók ellátására specializálódott intézmények, részlegek jönnek létre, ilyenek például a hospice-ház, vagy a palliatív osztály.

A haldoklás időszakát nem csupán úgy lehet tekinteni, mint az élet végét, hanem úgyis, mint személyiségünk fejlődésének és alakulásának egy nagyon különleges szakaszát. Bár sokan kijelentik, hogy magától a haláltól nem félnek, a haldoklás folyamata már más kérdés. A haldoklás természetes folyamat, önmagában nem jelent klinikai értelemben vett kóros elmeállapotot, hiszen az esetek többségében ezt az időszakot a betegek szellemileg cselekvőképesen élik meg, érvényes döntéseket hoznak.

A haldokló, aki orvosi szempontból visszafordíthatatlan állapotban van, de még élő ember, megkülönböztetetten gondos ellátást igényel.

A haldokló beteg jogaival igen sokat foglalkoztak az Egyesült Államokban. 1975-ben Michigan államban adták ki a "Haldokló betegek chartáját", amely az élet végén lévő személy jogait összegzi.

A haldokló beteg chartája

Jogom van:

- Ahhoz, hogy élő emberi lényként kezeljenek halálomig
- Mindvégig megőrizni a reményt
- Érzelmeimet és benyomásaimat a halálom előtt a magam módján kifejezni
- Ahhoz, hogy olyan emberek gondozzanak, akik megőrzik a reményt
- Részt venni a kezelésemet illető döntésekben
- Az orvosi és nővéri gondozásra akkor is, ha egyértelmű, hogy nem tudnak meggyógyítani
- Ahhoz, hogy ne haljak meg egyedül
- Ahhoz, hogy ne legyenek fájdalmaim
- Ahhoz, hogy korrekt választ kapjak a kérdéseimre
- Ahhoz, hogy ne vezessenek félre
- Segítséget kapni a családomtól a célból, hogy képes legyek elfogadni a halálomat és a családomnak joga van segítséget kapni a célból, hogy jobban elfogadhassa a halálomat
- Békében és méltóságban meghalni
- Hogy megőrizhessem az egyéniségemet és hogy ne ítéljenek el, ha a döntéseim nem egyeznek mások meggyőződésével
- Ahhoz, hogy megbeszéljem és elmélyítsem vallási és / vagy spirituális tapasztalatomat anélkül, hogy befolyást gyakorolnának rám
- Elvárni, hogy kegyelettel bánjanak a testemmel a halálom után

- *Ahhoz, hogy empátikus, szakmailag kompetens, jól informált személyek gondozzanak, akik igyekeznek megérteni a szükségleteimet és akik képesek elégedettséget találni abban, hogy hatékonyan támogatnak akkor, amikor szemben állok a halállal.*

A tanatológia (tanatológia = a halál, a haldoklás kérdéseivel foglalkozó tudomány) szakirodalomban Elizabeth Kübler-Ross ismertette először azt a pszichológiai folyamatot, melyet a haldokló átél. Haldokló betegekkel való beszélgetés alapján öt, általában egymást követő, pszichológiai szakaszt figyelt meg. Ezek a következők: elutasítás, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás. E. Kübler-Ross az Amerikai Egyesült Államokban él, ahol a betegekkel őszintén közlik diagnózisukat. Közép-Európában ez sokszor nem történik meg, a betegség tudomásul vétele gyakran nem a nyílt elutasítással kezdődik. Paul Spoken Haldoklókkal való bánásmód című tanulmányában (1989) az elutasítás előtt még két szakaszt ír le: a tudatlanságot és a bizonytalanságot.

A szakaszok jellemzői:

1. **A tudatlanság fázisa:** az orvosok általában elkendőzik a beteg elől valódi állapotát, és csak a hozzátartozókat világosítják fel. Ezzel megkezdődik a jól ismert színjáték, mindenki úgy tesz, mintha nem lenne komoly a betegség. A súlyosbodó állapotú beteg pedig egyre értelmetlenebbül figyelni kezd. Ez a helytelen gyakorlat mély szakadékot teremt a beteg és családtagjai, illetve a beteg és orvos között. A haldokló izolálódik, kérdéseivel, kételyeivel magára marad. A családtagok maguk is feszengnek ebben a helyzetben. Egy-egy arc kifejezés, gesztus, nyelvbotlás árulkodó lehet. Ez a szakasz nem tart sokáig, a beteg gyanakodni kezd, hogy állapota súlyosabb annál, mint amit mondanak neki.
2. **A bizonytalanság fázisa:** a beteg szeretne többet tudni állapotáról, kilátásairól, ugyanakkor fél attól, hogy kiderül betegségének gyógyíthatatlansága. Ezért – jellegzetesen – olyanoktól érdeklődik, akik maguk is keveset tudnak állapotáról. Kétség és remény együttese, hangulatváltozások jellemzik ezt a szakaszt, szorongásokkal társulva. Ilyenkor nagy szüksége van a betegnek arra, hogy ezeket az érzéseit megossza valakivel. A betegek sokféleképpen közölhetik, hogy tudják, mi vár rájuk – az üzeneteket a környezetnek meg kell értenie. A diagnózisról, a prognózisról való első beszélgetés a betegséget felismerő orvos feladata. Sajnos az orvosok gyakran elzárkóznak a nyílt beszélgetések elől.
3. **Az elutasítás fázisa:** amikor a beteg megtudja, hogy gyógyíthatatlan, megpróbálja elutasítani ezt a gondolatot. Az elutasítás egyfajta védekezés. A háritásnak burkolt és nyílt jelei vannak. Burkolt jelek a hirtelen aktivitásban nyilvánulhatnak meg, a beteg sokat dolgozik, új ruhákat vesz, esetleg utazásokat tervez. A nyílt háritás kulcsmondata: "Ez nem lehet igaz!" Arról beszél, hogy tévedés történhetett. Érzéseit tiszteletben kell tartani, a háritás szükséges számára, ahhoz, hogy felkészüljön arra, hogy szembenézzen a betegségével.

4. **A düh fázisa:** a tagadást már nem tudja tovább fenntartani, s belátja, hogy állapota súlyos. Dühös, vádaskodó lesz, alapvető kérdés: "miért éppen velem történik ez?". Lázad az orvosok ellen, dühe kiterjed mindenkire, a nővérekre, családtagokra és Istenre, aki "mindezt megengedi". Ez a lázadás a beteg tehetetlenség érzéséből fakad. Rendkívül nehéz, a betegnek és környezetének egyaránt. Viselkedésével eléri, hogy foglalkozzanak vele. A beszélgetés, elfogadó magatartás jótékony hatású, ezzel segítséget kap abban, hogy ő is elfogadja érzéseit, állapotát.
5. **Az alkudozás:** a kezdeti elhárító mechanizmusok után figyelme fokozatosan önmagára terelődik. Továbbviszi a gondolatokat, saját életében keresi az okot, hogy meg kell halnia. Sok ember, életének végiggondolásával úgy érzi, bűneivel szolgált rá halálára. "A bűn zsoldja a halál" – írja a Biblia, utalva ezzel Ádám és Éva vétkére, kik elveszítették halhatatlanságukat. A bűn nyomán feltámad a bűntudat, néha racionális érvekben, de sokszor tárgyaltalan szorongásban. A beteg felajánlásokat tesz, alkudozni kezd. Viselkedésében a készségesség, együttműködés jelentkezik. Ez a szakasz az életút végiggondolásának időszaka, erről szívesen beszél. Fontos a figyelmes meghallgatás, az életút pozitívumainak kiemelése.
6. **Depresszió:** az életút végigtekintése, egyúttal az élet lezárását is jelenti. A beteg, gyógyulásában egyre kevésbé reménykedik, szomorúság keríti hatalmába. A depresszió kétirányú: jelenlegi helyzetével és jövőjével kapcsolatos. A jelen időben korlátozott lehetőségeire vonatkoznak, egyre jobban rászorul a környezetében lévő gondozására. A másik ok a halállal való szembenézés nehézsége. A halál sok titkot tartogat, s ezen az ismeretlen úton a haldoklónak magának kell végigmennie. Ez a tudat a beszélgetések igényének csökkenését vonja maga után.
7. **Belenyugvás:** a beteg egyre többet gondol közelgő halálára. Elfordul az élettől, keveset beszél, alig eszik. Saját belső világa, érzései kötik le. Fáradtnak érzi magát. Ilyenkor a beteg csendre, nyugalomra vágyik, kevesebb gondoskodást, több nyugalmat szeretne. Ebben az időszakban előtérbe kerül a nonverbális kommunikáció szerepe: csendes jelenlétünk, a haldokló kezének megsimogatása, verejtékező homlokának letörlése. "Mit adhatunk egy haldoklónak élete utolsó félórájában? Hitet, hogy nincs egyedül!" – írja Teréz anya. A legtöbb ember ebben az időszakban már megbékélten, felkészülten várja a halált, saját személyes hitének megfelelő várakozásokkal tekint elébe. Gyakoriak ebben az időszakban az ún. "halálos ágyi víziók": halott rokonok, vallási alakok látása – ez általában a közeli halál egyik jele. A halál közvetlen időpontját a haldokló saját elvárásai, felkészültsége is befolyásolják. Gyakran vár meg egy fontos eseményt, egy távol élő családtag, barát megérkezését.

A felsorolt egyes szakaszok határai nem merevek, az sem törvényszerű, hogy mindenki átélje valamennyi szakaszt.

A haldoklás folyamán figyelemmel kell kísérni a beteg aktuális érzéseit, emberi kapcsolati igényeit. Ez a kapcsolat hozzásegítheti a beteget ahhoz, hogy elfogadhassa múlandóságának tudatát, s halála, egyedi életének méltó befejezése lehessen.

A hozzátartozók gyakran ugyanezekben a stádiumokon jutnak át, de gyakori, hogy a haldoklóhoz képest fáziseltolódások vannak, ami kommunikációs zavar forrása lehet.

TANULÁSIRÁNYÍTÓ

1. feladat

Válasszon magának tanulótársat és közösen dolgozzák fel, értelmezzék a "Haldokló beteg chartáját!" A munkafüzetben önállóan dolgozzon.

MUNKANYAG

MEGOLDÁS

1. feladat

Abból, hogy a beteg testi–lelki–szellemi szükségleteinek a lehető legteljesebb kielégítését emeli az ellátás középpontjába, egyenesen következik, hogy a haldokló önálló életvitelének, autonómiája lehető legteljesebb fenntartásának központi jelentőséget tulajdonít. A palliatív medicina alapelveit szem előtt tartó orvoslás–gondozás a gyógyíthatatlan beteg tiszta tudatának, felelősségteljes gondolkodásának, önállóságának megőrzésére irányul. Az autonóm életvitel fenntartása terén a cél elsősorban az, hogy a beteg a lehető legkevésbé függjön másoktól, ne ágyhoz kötött, tiszta és zavart tudatállapotok között hánykolódó lényként vegetáljon. Az autonóm létezés megőrzése azt is biztosítja, hogy a haldokló minél tovább képes legyen maga dönteni arról, hogy milyen ellátásban részesüljön.²

² Forrás: Fridli Judit: A palliatív ellátásról – az autonómia védelmében
<http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0305/12.htm> (2010. augusztus 10. 8.41)

ÖNELELNŐRZŐ FELADATOK

1. feladat

Sorolja fel és jellemezze a haldoklás stádiumait Elizabeth Kübler-Ross leírása alapján!

A tudatlanság fázisa... _____

A bizonytalanság fázisa... _____

Az elutasítás fázisa.... _____

A düh fázisa.... _____

Az alkudozás szakasza.... _____

A depresszió időszaka.... _____

Belenyugvás fázisa... _____

MEGOLDÁSOK

1. feladat

A tudatlanság fázisa: az orvosok általában elkendőzik a beteg elől valódi állapotát, és csak a hozzátartozókat világosítják fel. A haldokló izolálódik, kérdéseivel, kételyeivel magára marad. Egy-egy arckifejezés, gesztus, nyelvbottlás árulkodó lehet. Ez a szakasz nem tart sokáig, a beteg gyanakodni kezd, hogy állapota súlyosabb annál, mint amit mondanak neki.

A bizonytalanság fázisa: a beteg szeretne többet tudni állapotáról, kilátásairól, ugyanakkor fél attól, hogy kiderül betegségének gyógyíthatatlansága. Ezért - jellegzetesen - olyanoktól érdeklődik, akik maguk is keveset tudnak állapotáról. Kétség és remény együttese, hangulatváltozások jellemzik ezt a szakaszt, szorongásokkal társulva.

Az elutasítás fázisa: amikor a beteg megtudja, hogy gyógyíthatatlan, megpróbálja elutasítani ezt a gondolatot. Az elutasítás egyfajta védekezés. A háritásnak burkolt és nyílt jelei vannak. Burkolt jelek a hirtelen aktivitásban nyilvánulhatnak meg, a beteg sokat dolgozik, új ruhákat vesz, esetleg utazásokat tervez. A nyílt háritás kulcsmondata: "Ez nem lehet igaz!" Arról beszél, hogy tévedés történetett.

A düh fázisa: a tagadást már nem tudja tovább fenntartani, s belátja, hogy állapota súlyos. Dühös, vádaskodó lesz, alapvető kérdés: "miért éppen velem történik ez?". Lázad az orvosok ellen, dühe kiterjed mindenkire, a nővérekre, családtagokra és Istenre, aki "mindezt megengedi".

Az alkudozás: a kezdeti elhárító mechanizmusok után figyelme fokozatosan önmagára terelődik. A beteg felajánlásokat tesz, alkudozni kezd. Viselkedésében a készségesség, együttműködés jelentkezik. Ez a szakasz az életút végiggondolásának időszaka, erről szívesen beszél. Fontos a figyelmes meghallgatás, az életút pozitívumainak kiemelése.

Depresszió: a beteg, gyógyulásában egyre kevésbé reménykedik, szomorúság keríti hatalmába. A depresszió kétirányú: jelenlegi helyzetével és jövőjével kapcsolatos. A jelen időben korlátozott lehetőségeire vonatkoznak, egyre jobban rászorul a környezetében lévők gondozására. A másik ok a halállal való szembenézés nehézsége.

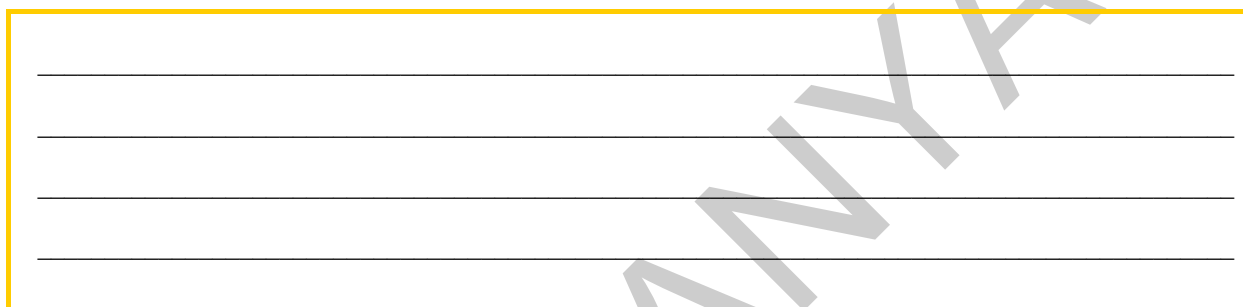
Belenyugvás: a beteg egyre többet gondol közelgő halálára. Elfordul az élettől, keveset beszél, alig eszik. Saját belső világa, érzései kötik le. Fáradtnak érzi magát. Ilyenkor a beteg csendre, nyugalomra vágyik, kevesebb gondoskodást, több nyugalmat szeretne. Ebben az időszakban előtérbe kerül a nonverbális kommunikáció szerepe: csendes jelenlétünk, a haldokló kezének megsimogatása, verejtékező homlokának letörlése.

A HALDOKLÓ BETEG SZÜKSÉGLETEINEK KIELÉGÍTÉSE

ESETFELVETÉS – MUNKAHELYZET

1. feladat

Elevenítse és sorolja fel alulról fölfelé haladva az Abraham Maslow által megalkotott szükséglet-piramis elemeit!



SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

1.A haldokló betegek speciális ápolási igényei Maslow és Elisabeth Kübler-Ross szerint

Maslow azért állította a szükségleteket hierarchiába, mert amikor a személy egy magasabb rendű szükséglet kielégítéséért küzd, akkor az alatta lévőket már kielégítette. Ha valaki nagyon éhes, ez az igény (kielégítetlen szükséglet) teljesen lefoglalja és addig nem képes más igényt megkülönböztetni, vagy arra figyelni, amíg azt ki nem elégítették.

Fiziológiai (élettani) szükségletek: a haldoklónak állapotánál fogva gyakran vannak nehezen kielégíthető akut fiziológiai igényei. Ezek közül a legalapvetőbbek az oxigén-ellátás, a táplálás, az elkülönítés, mobilizálás, alvás és kényelem. Az orvosnak és a nővérnek együtt kell dolgoznia, hogy ezeket az igényeket összhangban elégítsék ki. A fájdalom kontrollja vagy annak hiánya ezeket előnyben részesítheti vagy háttérbe szoríthatja.

A biztonság iránti igény: a fiziológiai szükségletek kielégítése után *Maslow* osztályozásában a biztonság iránti igény következik. A haldokló betegnek gyakran magas az ilyen irányú szükséglete, mert jól léte részben, vagy teljesen az ápoló személyzettől függ. Az ápoló, aki a beteget partnerként vonja be, elmagyarázza neki minden beavatkozás szükségességét és a haldoklót részvételre ösztönzi, teljesíti a beteg biztonság iránti igényét is. Az *Elizabeth Kübler – Ross* szerint osztályozott reakciók közül a düh szakaszában a betegnek azt kell éreznie, hogy viselkedése nem veszélyezteti az ellátást, amire szüksége van.

A szeretet és a valahová tartozás igénye: a haldoklónak nagy szüksége van arra, hogy megértsék és elfogadják. Az ápolónak bátorítani kell a barátokkal, a családdal való kapcsolat fenntartására. A betegnek szüksége van arra, hogy szeretet adjon és kapjon. Ha az ápoló képes az őszinteségre, képes lesz a szeretet adására és elfogadására. A beteg elutasító viselkedését az ápolónak meg kell értenie és szeretetet kell mutatnia. Ha a beteg haragszik, meg kell próbálni megérteni a haragját. Amikor a beteg az alkudozás szakaszában van, hallgassa meg és segítsen neki, olyan kívánságok felszínre hozásában, amelyek teljesíthetők. Amikor a beteg depressziós, úgy kell gondoskodnia róla, mint ahogyan ő tudna magáról gondoskodni, ha fizikai és lelki ereje lenne hozzá.

Önbecsülés és mások általi megbecsülés: a beteg legnyilvánvalóbb kívánsága, a méltóságának megőrzése. A méltóságot csak akkor lehet megőrizni, ha az ápolást a beteg egyéni igényeihez mérjük. A beteget önbecsülésének megtartása érdekében teljes mértékben be kell vonni az ápolásba. A Kübler–Ross által leírt düh és depresszió szakaszában a beteg az elfogadott viselkedéshez képest, szokatlan dolgokat produkál. Önbecsülésének megtartása érdekében szükséges a környezete által nyújtott pozitív megerősítés.

Önmegvalósítás: a haldokló önmegvalósítási igénye különösen halála értelmének megtalálásával van kapcsolatban. Ez megfelel a Kübler – Ross által leírt végső belenyugvás szakaszának. Az a képesség, amellyel ez az időszak jár, lehetővé teszi a beteg számára, hogy elszakadjon a környezetétől. Néhány szeretett személy jelenléte még fontos, de a haldokló ekkor már nem szereti, ha sokan vannak körülötte. Az ápoló szerepe ebben a periódusban az, hogy olyan környezetet biztosítson a beteg számára, amelyben ez az elszakadás végbemehet.

2. Leggyakrabban előforduló tünetek

Fájdalom: a haldoklással szembekerülve az emberek többsége fél a fájdalomtól. Ugyanakkor a fájdalmak jól csillapíthatóak ébrenléti állapotban is, lehetővé téve, hogy a beteg a mindennapi élet részese maradjon, és közérzete ne romoljon.

Légzési nehézség: az egyik legnagyobb megpróbáltatást jelenti akár az életben, akár haldoklás közben, ha valakinek a lélegzetvétellel kell küszködnie; ezen az állapoton azonban általában lehet segíteni. Különbféle eljárások léteznek a légzés megkönnyítésére: a felgyülemllett folyadék eltávolítása, a beteg testhelyzetének megváltoztatása.

Emésztési problémák: súlyos betegségek esetében gyakoriak az emésztőrendszeri panaszok és tünetek, mint szájszárazság, hányinger, székrekedés, bélelzáródás és étvágytalanság. Ezek némelyikét maga a betegség okozza, mások, például a székrekedés, gyógyszerek mellékhatásai lehetnek. A szájszárazság nedves szájtörővel enyhíthető. A hányinger és hányás egyes gyógyszerek hatása, bélelzáródás vagy valamilyen előrehaladott betegség következménye lehet. A székrekedés igen kellemetlen. Renyhe bélműködést okoz a csökkentett étel- és folyadékbevitel, a mozgáshiány és bizonyos gyógyszerek. Hasi görcsök is előfordulhatnak.

Nyelési nehézség (diszfágia) különösen szélütést követően, előrehaladott demencia vagy daganat miatti elzáródás következtében fordulhat elő egyes betegeknél.

Az étvágytalanság előbb-utóbb panaszt jelent a haldoklók többségénél. Az étvágy csökkenése természetesnek mondható, és nem okoz újabb testi problémákat, és bár a családtagok számára ez a tünet elszomorító, a haldoklás lefolyását esetleg megkönnyíti. A haldokló betegek nem tudják úgy megőrizni erejüket, hogy magukat evésre kényszerítsék, de lehet, hogy szívesen fogyasztanak egy keveset legkedvesebb ételükből.

Ha a halál bekövetkezte nem órákon vagy napokon belül várható, az intravénás vagy orrszondás táplálék- és folyadékbevitel megkísérelhető, hogy kiderüljön, ezzel javul-e a beteg közérzete, szellemi és fizikai állapota.

Az inkontinencia: sok haldokló beteg nem képes szabályozni széklet- és vizeletürítését (inkontinencia), ami lehet valamilyen betegség, illetve általános gyengeség következménye. Ezt egyszer használatos inkontinencia betétekkel és megfelelő higiénés körülmények biztosításával lehet kezelni.

Felfekvések: a haldokló betegeknek könnyen kialakulhatnak felfekvések, melyek sok kellemetlenséget okoznak és fertőzésekhez vezethetnek. Ennek azok esetében nagy a veszélye, akik keveset mozognak, ágyhoz kötöttek, vagy idejük nagy részét ülve töltik. Az ülő helyzetben a bőrre nehezedő szokványos nyomás, vagy az ágyneműben való mozgás felsérthetik a bőrt. Mindent meg kell tenni a bőr védelmére, és azonnal jelezni kell az orvosnak, ha a bőrön pirosodást vagy repedést észlelnek. A felfekvések kialakulásának valószínűsége a testhelyzet gyakori megváltoztatásával csökkenthető.

Zavartság és eszméletvesztés: A súlyos betegséggel küszködők könnyen válnak zavarttá. A zavart haldokló betegek nincsenek tisztában a halál közelségével, azonban előfordul, hogy rövidebb időszakokra gondolkodásuk meglepő módon kitisztul. Ezen időszakoknak nagy jelentősége lehet a családtagok számára, ugyanakkor, helytelenül, a javulás jeleként értelmezhetik. Fel kell készülniük az ilyen időszakok előfordulására, de nem szabad bekövetkezésüket biztosra venni. A haldokló betegek csaknem fele utolsó napjainak nagy részét eszméletlen állapotban tölti. Ha a családtagok úgy gondolják, hogy az eszméletlen beteg esetleg hallja, amit mondanak, ennek megfelelően elmondhatják búcsúzó szavait. A legbékésebb elmúlásnak tekinthető, ha valakit eszméletvesztéses állapotban, álmában ér a halál, különösen, ha a család is megbékélt, és mindent megtettek, amit szerettek volna.

3. A haldokló beteg jó közérzetének biztosítása:

Tünet	Ok	Ápolási teendők
Fájdalom	Lehet akut vagy krónikus	A bőrfelület stimulálása, így hideg vagy meleg inger alkalmazása, masszázs, nyomás vagy vibráció csökkenti az izomfeszültséget A relaxáció, a figyelem elterelése révén enyhíti a fájdalmat – a masszázs csak orvosi javaslatra – .
Rossz közérzet	A beteg szája nyitva marad, az ajkak kiszáradnak, berepedezhetnek	Végezzen 2–4 óránként szájapolást Kenje be vékonyan parafinnal az ajkakot és a nyelvet
Émelygés, hányás	Betegség, szövődmény, gyógyszer	Alkalmazzon szájapolást és minél hamarabb távolítsa el a hányadékot
Fáradékonyság	energiahiány	Segítsen a betegnek, hogy eldöntse, mely teendőit tartja fontosnak, ezek elvégzésére tartalékolja energiáit gondoskodjon gyakori pihenésről nyugalmas környezetben
Székrekedés	Gyógyszerek, mozgáshiány miatt lelassul a bélműködés Elégtelen lehet a folyadék és a rostanyagok bevitel	Növelje a folyadékbevitelt, adjon korpát, teljes kiőrlésű lisztet tartalmazó élelmiszereket, friss zöldséget Biztassa a beteget testmozgásra Gyógyszer mellékhatásaként jelentkező székrekedés gyógyszeres megoldása orvosi javaslatra
Hasmenés	Maga a betegség, a kezelés vagy gyógyszer	Figyelje nem áll-e fenn a széklet beékelődése a hasmenés ellenére Adjon kis salaktartalmú ételeket
Vizeletinkontinencia	Beszűkült tudat, a betegség terjedése	Védje a bőrfelületet az irritációtól és az ártalomtól
Elégtelen táplálkozás	Az émelygés, hányás csökkentheti az étvágyat	Adjon kisebb adagokat, könnyű, ízletes ételeket, a családdal beszélje meg, hogy hozzák be a haldokló kedvenc ételeit
Dehydratio (kiszáradás)	A beteg nem hajlandó vagy nem képes kellő	Csökkentse a kiszáradás okozta rossz közérzetet, négy óránként végezzen

	folyadékmennyiség elfogyasztására	szájápolást, ajánljon fel jégkocka darabokat vagy tegyen nedves kendőt az ajkakra
Elégtelen légzésmód	A betegség terjedése, légző felület csökkenése, tüdőgyulladás	A beteg felültetésével javítsa a légzés kapacitását Alkalmazzon oxigénpótlást, ha az orvos elrendeli Szívja le a száj- és orrváladékot

4. Közvetlenül a halál előtt

A halál közelségének gyakran sajátos jelei vannak. A beteg tudati állapota esetleg romlik. A végtagok lehűlhetnek, esetleg elkékülnek, vagy foltok keletkezhetnek rajtuk. A lélegzetvétel szabálytalanná válhat.

A torokban felgyülemlett folyadék (váladék) és a torok izmainak ernyedtsége a légzést zajossá teheti, ezt szokták "halálhörgés"-nek nevezni. Az így keletkezett zaj csökkentése a beteg testhelyzetének megváltoztatásával, gyógyszerek, vagy leszívás alkalmazásával történhet. Az ilyen jellegű beavatkozások a család és az ápoló személy közérzetének javítását szolgálják, mivel a zajos légzés akkor lép csak fel, mikor a haldokló ennek nincs tudatában. Az ilyen légzés órákon át tarthat.

A halál bekövetkeztekor izom-összehúzódások történhetnek, és a mellkas megemelkedhet, mintha lélegezne a halott. A szív, a légzés leállása után még néhány percig dobbanhat, és rövid görcsroham is előfordulhat.

5. A haldokló érzései, félelmei

A halál keltett viharban élik át a legmélyebb érzelmi zűrzavart, amit ember egyáltalán megtapasztalhat. Az eltávozáshoz kapcsolódó félelmek közül az a legsúlyosabb, hogy egyedül kell meghalni. Ez az időszak az, amikor az emberi kapcsolatok fontossá válnak, mégis sokan fordulnak el a szenvedőtől, vagy nehézséget jelent számukra a velük való együttlét.

Az egyik legnehezebben elviselhető jelenség a terminális állapotban lévők hangulatingadozásaival kapcsolatban, hogy a beteg gyakran megszakítja az érintkezést azokkal, akik gondoskodnak róla. Ez a viselkedés a félelemhez és tehetetlenséghez társul.

Leggyakoribb halálfélelmek:

- el kell hagyni mindent és mindenkit, akit valaha szerettünk
- elveszítjük ellenőrzésünket a saját életünk felett
- fontos személyes kötelezettségek maradnak elintézetlenül
- hosszadalmas szenvedés, betegség vár ránk
- elveszítjük testi és személyes méltóságunkat
- teherré válunk mások számára

- fizikailag és szellemileg leépülünk

Ezek a félelmek, különösen, ha sokáig fennállnak, nyugtalanná teszik a beteget, befolyásolják az idegrendszer működését és ez által a belső szervek működését. A heveny fájdalomhoz gyakran társul szorongás, amely önmagában is jelentősen fokozhatja a fájdalmat. Sokat segíthetünk lelki támogatással, tájékoztatással, hogy elfogadják a helyzetükből adódó bizonytalanságot, hogy megtanuljanak együtt élni vele.

A helyes gondozás egyik összetevője, hogy soha ne feledjük, hogy a haldokló beteg, élő ember, aki létezésének kritikus szakaszához ért. Tiszteletben kell tartani egyéniségét, tapasztalatait és autonómiáját. Rá kell hangolódni az elmenők érzésvilágára, a legjobb módszer, ha kezdetben minden különösebb cél nélkül, egyszerűen csak eltöltünk egy kis időt, az útra készülő beteggel. Csak éppen együtt vagyunk vele.

6. A haldokló beteggel folytatott kommunikáció jelentősége

A haldoklókkal folytatott kommunikációs mintákat vizsgálva Glaser és Straurs négy típust talált, amelyet szociális interakciónak neveztek, mely a haldokló és az őt körülvevő emberek között áll fenn:

1. "Zárt tudatosság" esetén, a haldokló nem tudja, hogy a halálán van, nem tájékoztatják a beteget
2. "Gyanított tudásról" beszélünk, ha a beteg különböző okokból sejteni kezdi, hogy többről van szó, mint amit neki elmondanak.
3. A "kölcsonös színlelés" egyfajta közös dráma. Mindenki tisztában van az igazsággal, mégis szerepet játszanak.
4. "Nyílt tudatosság" esetén mindenki tisztában van a beteg állapotával és kész arról beszélni.

6.1. Az ápoló szerepe, kommunikációja:

A súlyos betegnek fel kell tudnia készülni a halálra. Segítségünkkel emberhez méltóan kell meghalnia. Ezt nem szabad az ápolónak megnehezíteni hamis vigasztalással. A súlyos beteg nem tud felkészülni az útra, ha nem ismerjük el, hogy ő a halálán van, és erről beszélni kíván. A haldoklónak meg kell adnunk a lehetőséget, hogy maga döntse el, mikor és milyen mélységben akar állapotáról vagy a haldoklásról beszélni. Hagynunk kell, hogy a beteg mondja ki az igazságot, nem szabad kikényszerítenünk, ha erre nem kérdez rá.

Sokat segíthet az ápoló, ha a betegnek alkalmas időben és megfelelő módon beszél helyzetéről, állapotáról, ha a beteg is így akarja.

Arra nagyon kell figyelni, hogy nem szabad mellébeszélünk, hazudnunk. Az orvosnak, ápolónak és a hozzátartozónak "egy nyelven" kell beszélnie, egymástól eltérő felvilágosítást adni nem szabad.

6.2. A haldokló ember kommunikációja.

Beszéddel (verbálisan) vagy gesztusokkal (nonverbálisan) fejezik ki magukat. Súlyos betegekkel és haldoklókkal legjobban, félhomályban lehet beszélgetni. A beszélgetést mi ne szakítsuk meg, bízzuk ezt a haldoklóra. Sokszor jeleket adnak, aminek megértéséhez fokozott érzékenységre van szükségünk. Ezek a jelek, kifejezésformák, amelyeket azért használnak, hogy figyelmünket felhívják. Ha képesek vagyunk a jeleket fogni, akkor a kapcsolat kialakul.

Verbális kommunikáció: a jelképes beszéd, az utalás, a leggyakoribb kifejezésforma, amit a haldokló használ, például: "Nem kéne már itt lennem.", "Szegény gyermekeim". A haldokló az ilyen fajta célzással, valamire utalni szeretne és reméli, hogy reagálnak arra.

A közvetlen verbális beszéd: ezzel a formával leginkább az idősek fejezik ki magukat, például: "Tudom, hogy meg kell halnom".

Nonverbális kommunikációk:

- *Hallgatás:* csendben lenni az emberi kommunikáció közül a legintenzívebb forma
- *Érintés – kapcsolat:* egy haldoklónak kezét kezünkben tartani, annak kifejezése, hogy lesújtottságában osztozunk, közelséget és támogatást ajánlunk fel.
- *A szemek kontaktusa:* ez annak kifejezése, hogy a haldoklóra figyelünk, kérdő tekintete elő nem akarunk kitérni és készen vagyunk négy szemközt beszélgetni vele.

TANULÁSIRÁNYÍTÓ

1. feladat

Véleménye szerint – haldokló beteg ellátása során – mi az Ön teendője? A helyes magatartásformákat jelölje meg!

Kerülöm a haldokló beteg szobáját

Megkérdezem, mit kíván, mire van szüksége

Nem nézek a szemébe

Van egy kis időm, melléülök és fogom a kezét

Ha kérdez, nyíltan, őszintén válaszolok

Az ápolást a beteg igényeihez igazítom

Ajkai ápolására fokozott figyelmet fordítok

Kényelmi és antidecubitor eszközöket használok

Gyakran megkínálom folyadékkal

Védem a bőrfelületet az irritációtól és ártalmaktól

Megmondom neki, hogy meg fog halni

MEGOLDÁS

1. feladat

Kerülöm a haldokló beteg szobáját – Megkérdezem, mit kíván, mire van szüksége

Van egy kis időm, melléülök és fogom a kezét – Megmondom neki, hogy meg fog halni

Ha kérdez, nyíltan, őszintén válaszolok Nem nézek a szemébe

Az ápolást a beteg igényeihez igazítom, Ajkai ápolására fokozott figyelmet fordítok

Kényelmi és antidecubitor eszközöket használok, Gyakran megkínálom folyadékkal

Védem a bőrfelületet az irritációtól és ártalmaktól

ÖNELLENŐRZŐ FELADATOK

1. feladat

Sorolja fel a haldoklónál leggyakrabban előforduló tüneteket!

2. feladat

Fogalmazza meg a haldokló beteg gondozásának legfontosabb összetevőjét!

3. feladat

Hogyan kommunikáljunk a haldokló beteggel?

MEGOLDÁSOK

1. feladat

Fájdalom, emésztési problémák, nyelési nehézség, étvágytalanság, inkontinencia, felfekvések, zavartság, eszméletvesztés, zajos légzés ("halálhörgés")

2. feladat

A helyes gondozás egyik összetevője, hogy soha ne feledjük, hogy a haldokló beteg, élő ember, aki létezésének kritikus szakaszához ért. Tiszteletben kell tartani egyéniségét, tapasztalatait és autonómiáját. Rá kell hangolódni az elmenők érzésvilágára, a legjobb módszer, ha kezdetben minden különösebb cél nélkül, egyszerűen csak eltöltünk egy kis időt, az útra készülő beteggel. Csak éppen együtt vagyunk vele.

3. feladat

A betegnek alkalmas időben és megfelelő módon beszél helyzetéről, állapotáról, ha a beteg is így akarja.

Arra nagyon kell figyelni, hogy nem szabad mellébeszelnünk, hazudnunk. Az orvosnak, ápolónak és a hozzátartozónak "egy nyelven" kell beszélnie, egymástól eltérő felvilágosítást adni nem szabad.

Nonverbális kommunikációk: *hallgatás:* csendben lenni az emberi kommunikáció közül a legintenzívebb forma, *érintés - kapcsolat:* egy haldoklónak kezét kezünkben tartani, annak kifejezése, hogy lesújtottságában osztozunk, közelséget és támogatást ajánlunk fel, *a szemek kontaktusa:* ez annak kifejezése, hogy a haldoklóra figyelünk, kérdő tekintete elő nem akarunk kitérni és készen vagyunk négy szemközt beszélgetni vele.

A HALOTT ELLÁTÁSA, A HALOTT KÖRÜLI TEENDŐK

ESETFELVETÉS – MUNKAHELYZET

*"Ember-e még, mondd a halott is?
Ugye, hogy nem? Ó már nem ember!
Alvóhoz hasonlít – de mégsem!
Aki meghalt, nem álmodik már!
Szoborhoz hasonlít – de mégsem!
Holt kő az, de nem is volt élő!
A halál mindenhez hasonlít,
de nem azonos semmivel sem."*

(Gilgames eposz)

"Állásfoglalások, nyilatkozatok, szakmai irányelvek sokasága jelent már meg arról, hogy hogyan biztosítható a haldoklók emberi méltósága – ezek egyike sem tesz azonban említést a holttesttel való méltó bánásmódról. Ha azonban nincsenek elveink, szabályaink a holttest méltóságának biztosítására, akkor bizonyosak lehetünk abban, hogy a jelenlegi gyakorlat újra és újra megdöbbenést és felháborodást válthat ki a hozzátartozókból, s így a holttestekkel való bánásmód körül újabb és újabb botrányok robbannak ki. Szinte mindnyájunknak volt vagy lesz halottunk. Mindnyájunk érdeke, hogy méltóan bánjanak holttestükkel."³

SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

1. A halott körüli teendők

A halál beálltát minden esetben orvos állapítja meg. Az ápoló feladata a halál jeleinek észlelése, melynek menete a következő:

1.1. Keringés ellenőrzése: a gége és fejbiccentő izom közt található nyaki artériára (arteria carotis communis) ujjainkkal finom nyomást gyakorlunk, meglévő keringés esetén érezzük a pulzust.

³ Forrás: Pilling János: A búcsú méltósága <http://mek.oszk.hu/03900/03977/03977.htm> (2010. augusztus 9. 22.53)

1.2. Légzés ellenőrzése: a halott arca fölé hajolunk és az ún. hármás érzékeléssel vizsgáljuk – fülünk az orra előtt, halljuk és érezzük a levegő áramlását, szemünkkel figyeljük a mellkas mozgását.

1.3. Vérnyomás (RR) mérés: a vérnyomás nem mérhető.

A halál gyanújeleinek (nincs pulzus, nincs légzés, nincs vérnyomás) észlelése után értesíteni kell az orvost, aki megállapítja a halál tényét.

A haláleset bekövetkezésekor az orvosnak az alábbi dokumentumokat kell kitölteni:

- 6 példányos halott vizsgálati bizonyítványt
- a haláleset bejelentéséről szóló jegyzőkönyvet
- az elhunyt azonosítására 2 példányban lábcédulát, melyet rögzíteni kell az egyik lábára és ellenkező karjára
- a halotyszállítók felé az elszállítás engedélyezése
- kórboncolás kérése esetén az erre a célra hivatott „Orvosi rendelvény” és az „Adatlap” című nyomtatványokat

A halott ellátása során a kegyelet biztosítása etikai kötelességünk. Paraván használatával el kell különíteni az elhunytat. Két óráig kötelező pihentetés után védőruha felvételével (köpeny, gumikesztyű) lemeztelenítjük, lemosunk. Az agónia közben a test felszínére jutott váladékot el kell távolítani. Tegyük nedvesített vattapamacsot a lezárt szemhéjakra. Ha a betegnek műfogsora volt és nincs a szájában, akkor helyezzük vissza, az állát rögzítsük gézzel a felső állcsonthoz, a gézt a fejtetőn kössük össze. A műfogsor eltávolítjuk.

A testbe vezető eszközöket vagy távolítsa el leszorítás után, vagy a bőrfelszíntől számítva 2–3 cm-re vágja át és ragassza le /pl.: katéter, szonda, branül, kanül, tubus stb./.

A szennyezett kötések eltávolítása, helyükre tiszta gézkötés szükséges. Ez megakadályozza, hogy a mikroorganizmusok bűzt fejlesszenek.

A farpofák alá tegyük nedvszívó alátétet (pelenka, stb.), mert a záróizmok ellazulása vizelet vagy széklet ürítéséhez vezet.

Elszállítás után, a matracot, ágyneműt fertőtlenítő mosásra kell eljuttatni. Az ágyat, éjjeliszekrényt fertőtleníteni kell.

2. Az ellátás irányelvei

Méltósággal és kegyelettel kell a holttestről gondoskodni. A halál után a holttest számos fizikai változáson megy keresztül, ezért a megadott időn belül el kell látni, ezzel megakadályozzuk a szövetek károsodását vagy a testrészek eltorzulását. Ha a betegnek ismert fertőző betegsége volt, különleges megjelöléssel kell figyelmeztetni azokat, akik elszállítják és tárolják a holttestet. Az ellátás során használt eszközöket fertőtleníteni kell.

A haláleset bekövetkezésekor az ápoló személyzetnek az alábbi dokumentációs kötelezettsége van (vegye figyelembe az intézményben alkalmazott dokumentációs rendszereket, irányelveket)

- Az ápolási lapon rögzíteni kell az észlelt vitális funkciókat (Pl.: *pulzus*: nem tapintható, *légzés*: a mellkas szintje nem emelkedik, a légzés leállt, *RR*: nem mérhető)
- szociális otthoni, intézeti gondozottak egészségügyi lapjában a halál időpontját rögzíteni kell
- eseménynaplóban az időpont megjelölése mellett a halál gyanújeleinek észlelését, az orvos és hozzátartozók értesítését, leltár felvételét, a halotyszállítók értesítését és az elhunyt elszállítását rögzíteni kell
- a gondozási tervben fel kell tüntetni a halál időpontját

TANULÁSIRÁNYÍTÓ

1. feladat

Keresse meg az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről paragrafusai között a halott ellátásra vonatkozó cikkelyeket!

MEGOLDÁSOK

1. feladat

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény néhány paragrafusa:

10. § A beteg ember méltóságáról

19. § (2) A beteg önrendelkezési joga halála esetén a holttestet érintő beavatkozásokra vonatkozóan

99. § A haldokló méltóságáról

XII. fejezet: A halottakkal kapcsolatos rendelkezések

216. § E fejezet alkalmazásában

a) klinikai halál: a légzés, a keringés vagy az agy működésének átmeneti megszűnése, amely nem jelenti a halál vagy az agyhalál beálltát;

b) agyhalál: az agy – beleértve az agytörzset is – működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése;

c) halál: amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljes megszűnése miatt a szervezet visszafordíthatatlan felbomlása megindul;

d) perinatális halál:

da) a halál a méhen belül a terhesség 24. hete után következett be, vagy ha a méhen belül elhalt magzat hossza a 30 cm-t vagy tömege az 500 g-ot eléri,

db) amikor a halál az újszülött megszületését követő 168 órán belül következik be, függetlenül az újszülött hosszától vagy tömegétől.

217. § (1) A halál bekövetkezését halott vizsgálattal kell megállapítani. A halott vizsgálat minden olyan körülményre kiterjed, amely a halál

a) bekövetkezése tényének,

b) bekövetkezése módjának (természetes módon bekövetkezett vagy rendkívüli halál),

c) okának megítéléséhez szükséges.

(2) Az (1) bekezdés a) pontjában foglaltak megállapítására a mentőtiszt vagy a külön jogszabály szerinti orvos jogosult. Az (1) bekezdés b)-c) pontjában foglaltak megállapítására kizárólag a külön jogszabály szerinti orvos jogosult.

ÖNELLENŐRZŐ FELADATOK

1. feladat

Írja le a halott ellátás folyamatát, a halál jeleinek észlelésétől kezdve, a dokumentációs kötelezettséggel bezárólag!

MUNKANYAG

MEGOLDÁSOK

1. feladat

A halott ellátás folyamata:

A halál beálltát minden esetben orvos állapítja meg. Az ápoló feladata a halál jeleinek észlelése, melynek menete a következő:

1.1. Keringés ellenőrzése: a gége és fejbiccentő izom közt található nyaki artériára (arteria carotis) ujjainkkal finom nyomást gyakorlunk, meglévő keringés esetén érezzük a pulzust.

1.2. Légzés ellenőrzése: a halott arca fölé hajolunk és az ún. hármás érzékeléssel vizsgáljuk – fülünk az orra előtt, halljuk és érezzük a levegő áramlását, szemünkkel figyeljük a mellkas mozgását.

1.3. Vérnyomás (RR) mérés: a vérnyomás nem mérhető.

A halál gyanújeleinek (nincs pulzus, nincs légzés, nincs vérnyomás) észlelése után értesíteni kell az orvost, aki megállapítja a halál tényét.

A haláleset bekövetkezésekor az orvosnak az alábbi dokumentumokat kell kitölteni: 6 példányos halott vizsgálati bizonyítványt, a haláleset bejelentéséről szóló jegyzőkönyvet, az elhunyt azonosítására 2 példányban lábcédulát, melyet rögzíteni kell az egyik lábára és ellenkező karjára, a halottszállítók felé az elszállítás engedélyezése, kórboncolás kérése esetén az erre a célra hivatott „Orvosi rendelvény” és az „Adatlap” című nyomtatványokat

A halott ellátása során a kegyelet biztosítása etikai kötelességünk. Paraván használatával el kell különíteni az elhunytat. Két órás kötelező pihentetés után védőruha felvételével (köpeny, gumikesztyű) lemeztelenítjük, lemossuk. Az agónia közben a test felszínére jutott váladékot el kell távolítani. Tegyük nedvesített vattapamacsot a lezárt szemhéjakra. Ha a betegnek műfogsora volt és nincs a szájában, akkor helyezzük vissza, az állát rögzítsük gézzel a felső állcsonthoz, a gézt a fejtetőn kössük össze.

A testbe vezető eszközöket leszorítás után el kell távolítani, vagy a bőrfelszíntől számítva 2–3 cm-re elvágni és leragasztani /pl.: katéter, szonda, branül, kanül, tubus stb./. A szennyezett kötések eltávolítása, helyükre tiszta gézkötés szükséges. Ez megakadályozza, hogy a mikroorganizmusok bűzt fejlesszenek. A farpofák alá nedvszívó alátétet (pelenka, stb.) kell tenni, mert a záróizmok ellazulása vizelet vagy széklet ürítéséhez vezet. Elszállítás után, a matracot, ágyneműt fertőtlenítő mosásra kell eljuttatni. Az ágyat, éjjeliszekrényt fertőtleníteni kell.

Az ellátás irányelvei

Méltósággal és kegyelettel kell a holttestről gondoskodni. A halál után a holttest számos fizikai változáson megy keresztül, ezért a megadott időn belül el kell látni, ezzel megakadályozzuk a szövetek károsodását vagy a testrészek eltorzulását. Ha a betegnek ismert fertőző betegsége volt, különleges megjelöléssel kell figyelmeztetni azokat, akik elszállítják és tárolják a holttestet. Az ellátás során használt eszközöket fertőtleníteni kell.

A haláleset bekövetkezésekor az ápoló személyzetnek az alábbi dokumentációs kötelezettsége van (figyelembe kell venni az intézményben alkalmazott dokumentációs rendszereket, irányelveket)

Az ápolási lapon rögzíteni kell az észlelt vitális funkciókat (Pl.: pulzus: nem tapintható, légzés: a mellkas szintje nem emelkedik, a légzés leállt, RR: nem mérhető). Szociális otthoni, intézeti gondozottak egészségügyi lapjában a halál időpontját rögzíteni kell, eseménynaplóban az időpont megjelölése mellett a halál gyanújeleinek észlelését, az orvos és hozzátartozók értesítését, leltár felvételét, a halotyszállítók értesítését és az elhunyt elszállítását rögzíteni kell. A gondozási tervben fel kell tüntetni a halál időpontját.

MUNKKANYAG

A HOSPICE SZEMLÉLET

ESETFELVETÉS – MUNKAHELYZET

"Mikor bejövök, az önkéntesekkel minden szobába beköszönünk, egy-két mondatot váltunk a betegekkel, és ez épp elég, hogy érzékeljük, ki milyen állapotban van, kihez kell visszajönnünk, és ki fordul inkább befelé aznap. A nővérek mindig megmondják, kire kell fokozottabban figyelnünk, kinél mi lehet a segítség. Leülünk melléjük, kicsit beszélgetünk, megitatjuk, ha sétálna, de neheze esik, tolókokciban kivisszük a kertbe, majd az ebédnél segédkezünk. Persze előfordul az is, hogy valaki aznap nem igényli a jelenlétünket. Ha nem is akarnak beszélni, a testük beszél helyettük, lehunyt szemmel jelzik, ha kizárják a külvilágot, mert belső magányra van szükségük. Volt olyan lakó, aki elnézést kért tőlem, mert hátat fordított nekem, de én tudom, hiba volna ilyesmin megsértődni, mert épp abban a pózban nincs hányingere vagy fájdalma, vagy épp úgy érzi jól magát. Mindezeket tudomásul vesszük és tiszteletben tartjuk, hiszen utolsó életszakaszukban lévő betegekről van szó."⁴

SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

1. A hospice fogalma, története, alapelvei

A **hospice szemlélet** a meghalást az élet részének tekinti, s olyan folyamatnak, amelyet sem rövidíteni, sem mesterségesen meghosszabbítani nem lehet. A haldokló bevonása egy közösség életébe, amelyben a haldokló a megmaradt szellemi és fizikai képességeit, készségeit használni és élvezni tudja.

A **hospice fogalma** sajátos szellemiséget, szolgáltatásokat, szervezeti rendszert foglal magába. A hospice gondozás a gyógyíthatatlan, progresszív betegségekben szenvedő betegek sokoldalú, holisztikus gondozása életük utolsó szakaszában. Ez jelenti a fájdalom legyőzését, a tüneti kezelést, a pszichés és szociális szenvedés enyhítését, valamint a család támogatását, mind a betegség fennállása alatt, mind a gyász időszakában. A közösség életének középpontjában a beteg áll, aki a lehető legmagasabb színvonalú orvosi, ápolási, lelki és szociális támogatást kapja.

⁴ Forrás: Interjú Sajgó Istvánné Hospice dolgozóval, a Magyar Hospice Ház önkéntesével, www.noilapozo.hu/.../interju_sajgo_istvanne_hospice-dolgozoval_a_magyar_hospice_haz_onkentesevel (2010. augusztus 10. 9.13)

A hospice fogalma nem új keletű. A Hospitium a latinban vendégszeretetet, megvendéglést, de szállást, szállót is jelentett.

A IV. sz. elején egy római matróna, Fabiola, megnyitotta otthonát a betegek, átutazó idegenek előtt, hogy a keresztény könyörületesség parancsának eleget tegyen.

A Johannita lovagrend 1042-ben Jeruzsálemben kórházat épített és orvosokat alkalmazott, hogy a haldokló betegeket ellássák, gondoskodjanak róluk..

A középkorban a szerzetesrendek fogadták be a rászorulókat, az ínséget szenvedőket, a betegeket. Ilyen hospitiumok voltak az Alpokban a Szent Bernát kolostorokban is.

A középkori Hotel Dieu (Isten Háza) azokat is befogadta, akik túl öregek és betegek voltak ahhoz, hogy kolduljanak. A XVIII. sz. közepéig az a mentalitás volt jellemző, amit Ambroise Pare, a híres francia sebész, a XVI. Században fogalmazott meg: *"én kezelem, az Isten meggyógyítja"*; tehát az, hogy a beteg meggyógyul vagy meghal, az Isten döntésétől függ.

A francia felvilágosodás hozta magával az orvosi gondolkodás racionalizálódását. Az egyházi személyzetet fokozatosan világiak váltották fel, a XIX. sz. végére az orvoslás és a caritas világosan elvált egymástól. A kórházak a gyógyítás intézményeivé váltak.

A haldokló betegek ellátására Jeanne Garnier hozta létre az első intézményt 1842-ben Lyonban, a Dames de Calvaire (A kálvária hölgyei) házát, és ezt hospice-nak nevezte.

A XIX. század végén egymás után nyíltak intézmények haldokló betegek számára az Egyesült Királyságban. Az első hospice, amit orvos alapított – (Dr. Howard Barrett) és a szemléletében és gyakorlatában a legközelebb áll a mai hospice-okhoz – az 1893-ban létrehozott Szent Lukács otthona a haldokló szegények számára.

A modern hospice-gondolat apostola, Cicely Saunders itt kezdte el munkáját 1948-ban, és folytatta 7 éven át, mint önkéntes ápolónő, majd orvosi diplomát szerzett azzal a szándékkal, hogy megbirkózzon a daganatos betegségben szenvedők fájdalmaival és egyéb panaszaiival. Orvoscént első intézkedése az volt, hogy a morfiomot, a fájdalom megelőzésére szájon át, cseppekben adagolták, megkeresve a betegnek azt az egyéni optimális dózist, mely bódulatot nem okozva csillapítja a fájdalmat.

Az ő irányításával nyílt meg 1967-ben a St. Christopher's Hospice. Ez volt az első olyan intézmény, amelyet a gondozás tudományos modellje, a Tender Living Care (a haldoklók szerető, szelíd ellátása) szerint szerveztek meg a beteg és családtagjai bevonásával. A hospice-ok mindenütt az itt kialakított filozófiát és alapelveket követték tevékenységük szellemében és gyakorlatában.

Indiában a Nobel békedíjas Kalkuttai Teréz anya rendet alapított az indiai utcákon magukra hagyottan haldoklók szeretetteljes gondozására.

E három nagyszerű asszony: Cicely Saunderst, Elisabeth Kübler-Rosst és Kalkuttai Teréz anyát tekintjük a tanatológia – a halállal, haldoklással és a gyásszal foglalkozó tudomány-megalapítóinak.

Hazánkban Dr. Polcz Alaine pszichológus, tanatólogus több mint 30 éven át foglalkozott a halál és a haldoklás kérdéseivel, valamint haldokló gyermekekkel. Az 1980-as évek végén, amikor a politikai változások egyre inkább lehetővé tették a különböző társadalmi szervezetek, alapítványok szerveződését, az Országos Onkológiai Intézetben két csoport kezdte meg tevékenységét, a Rákbetegek Országos Szövetsége, valamint egy munkacsoport, ami a daganatos betegek pszicho-onkológiai gondozásával foglalkozott. A két csoport munkakapcsolatának köszönhetően 1991. április 29-én létrejött a Magyar Hospice Alapítvány, mely anyagi és szakmai segítséget nyújtott más alakuló hospice szervezeteknek is.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, külön fejezetben foglalkozik a haldoklók gondozásával, mintegy integrálja a hospice ellátást az egészségügyi rendszerbe. Ennek hatására ugrásszerűen megnőtt a hospice palliatív részleget vagy házi gondozó csoportot létrehozó szervezetek száma. 1995. március 25-én 19 szervezet határozta el egy országos egyesület megalapítását. A Magyar Hospice Egyesület (mely azóta Magyar Hospice – Palliatív Egyesület) célja a hazai hospice szervezetek szakmai együttműködésének elősegítése, érdekvédelmi feladatok ellátása, hospice alap – és továbbképzések, konferenciák szervezése.

A hospice alapelvei

A WHO az 1990-ben keletkezett ajánlásában a hospice / palliatív gondozást gondozási modellként összegezte. Nem az orvoslás szót használja az ajánlás, hanem a gondozást, amely a személyt a teljes globalitásában, egységében szemléli. A palliatív szó jelentése: a tüneteket enyhítő intézkedés, gyógymód.

A palliatív gondozás meghatározása: aktív, összetett, a tünetek megszüntetésére vagy csillapítására szolgáló gondozási forma, azon betegek számára, akik súlyos, előrehaladott, gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, illetve terminális állapotban vannak.

A palliatív gondozás során elsődlegesen fontos a fájdalom és az egyéb tünetek enyhítése, valamint a pszichológiai, szociális és spirituális problémák figyelembe vétele. A palliatív gondozás nem siettet, és nem késlelteti a halált. Célja a legjobb életminőség megőrzése a halálig (WHO 1990)

A WHO ajánlás a következő alapelveket fogalmazza meg a palliatív és hospice gondozásra:

- értékeli, becsüli az életet, a haldoklást természetes folyamatnak tekinti,
- elkerüli a különleges, életmeghosszabbító kezeléseket, nem késlelteti, de nem is siettet a halált,
- enyhíti a fájdalmat és más kínzó tüneteket,
- átfogja a beteg pszichés, spirituális és szociális szükségleteit,

- olyan támaszrendszert képez, amely a beteg számára aktív életet biztosít – amennyire ez lehetséges,
- segít a családnak abban, hogy megbirkózzon a közeli hozzátartozó betegségével és támaszt nyújt a gyász időszakában.

A palliatív ellátás team munkát igényel. Az együttműködő team tagjai között nincs hierarchia, mindenki a saját szakterületének legnagyobb szintű műveléséért felelős. A gondozásban részesülők és a munkacsoport tagjai egyaránt a team munka szervezettségében és hatékonyságában érdekeltek.

Napjainkban a palliatív ellátás különböző szervezeti keretek között, eltérő szinteken valósul meg. A csoport legfontosabb tagja az orvos, a nővér és a család. Gyakran a beteg szorosabb kapcsolatot épít ki másokkal (lelkésszel, pszichológussal stb)

- orvos (bármilyen klinikai szakvizsgával rendelkező, aki speciális hospice képzésben részesült)
- hospice ápoló
- koordinátor
- szociális munkás
- gyógytornász
- mentálhigiénés szakember
- dietetikus
- lelkész
- kiképzett önkéntes segítők
- egyéb terapeuták

A nővér és a nővér munkáját segítő személyzet nagyon fontos szerepet játszik a haldoklóval és a családdal való kapcsolatban.

A palliatív ellátást végző szervezeteknek meg kell határozni céljaikat, tisztázni kell a team tagjainak feladatkörét, a döntéshozatal módját, a kommunikációs rendszert, a koordinációt és az értékelések rendszerét.

A család, a hozzátartozók feladata is, hogy segítsék a beteget. Nehéz érzelmi helyzetükben, szenvedésükben és fájdalmukban, a családtagoknak is szükségük van vigaszra, irányadásra és segítségre a haldokló megértésében. A családdal őszintén, baráti módon kell beszélni, hogy harmóniát teremtsünk köztük, mert az egymással ellentmondó érzelmeik megosztják őket, reakciójuk ambivalens lesz. Az aggodalom, az ismeretlentől való félelem gyakran megnehezíti számukra, hogy kifejezésre juttassák érzelmeiket. Segíteni kell nekik, hogy részt vegyenek a beteg gondozásában. Rendszeresen el kell beszélgetni velük.

A "jó" halál az, amikor a haldokló társas kapcsolatai szorosabbak és őszintébbek lesznek, és ha ezek segítségével a haldokló is összegezni tudja saját életét, kapcsolatai és identitása keretében, és az őt körülvevők is jobban átélnek ezt.

2. Az ápoló önvédelme

A halál az egészségügy, szociális terület mindennapos valósága. Az ápolók többsége nap mint nap találkozik gyászt, veszteséget megélt emberekkel és családokkal. Az ápoló személyes veszteségként élheti meg, ha a beteg áthelyezésével, elbocsátásával, felépülésével vagy halálával véget ér a beteg, a család és az ápoló közötti személyes kapcsolat.

Az ápoló sokszor könnyebbnek találja a haldokló testi fájdalmainak oldását, mint bensőséges kapcsolatba kerülve, lelki szenvedéseinek enyhítését. Személyes érzései, értékrendje és tapasztalatai határolják be a betegnek és családjának nyújtott támogatás mértékét.

Az ápolót, ha haldoklókkal foglalkozik gyakran éri gyász, átéli a veszteségélményt. Ha az ápoló sorozatos veszteségen esik át, és elmulasztja megfelelően feldolgozni élményeit, telítődhet a gyászérzéssel: csalódottságot, haragot, büntudatot, szomorúságot, tehetetlenséget, szorongást és túlterheltséget érez.

Az öngondozás elengedhetetlen a túléléshez. Az ápolónak saját magáért ugyanazt meg kell tennie, amit a betegeiért és családjukért. Meg kell siratni a veszteségeit. Ez egyéni és csoportos is lehet. Fontos, hogy olyan önsegítő módszereket fejlesszen ki, amelyeket az ápolás idején kívül alkalmaz, és lehetőséget kell találni arra, hogy megoszthassa élményeit, nyílt, elfogadó kapcsolatokban.

A munkahely támogató funkcióján túl a nővérnek tudatosan kell foglalkoznia a gyászreakcióval. A leggyakoribb jelenség ma az elfojtás, pedig a gyász végigélése, feldolgozása a gyászmunka fontos mindenki számára.

Egy holland szaknővér tanácsai a következők:

- felírni a meghalt beteg nevét egy táblára a nővérszobában és otthagyni néhány napig, hogy többször gondolkozzunk az elvesztésén
- a haldokló mellett szolgálatot teljesítő nővér leírja a halál körülményeit, a többiek is elolvassák
- az esetmegbeszéléseken lehetőség van a végső elbúcsúzásra

"Csak a jó életet követheti jó halál. Amikor az ember már nem kívánczik vissza. Egy teljes életet élő ember iskoláskorban nem vágyik vissza az óvodába. Felnőttkorában nem akar fiatal lenni. S talán, amikor *"jó vénségben betelt az élettel"*, nem akar tovább élni. Nem nyomasztják kihagyott szenvedélyek, elintézetlen kötelezettségek, kifizetetlen számlák. Kínzó *"mi lett volna, ha?"* kérdések, *"ha újra kezdhethném ..."* vágyak. Ennyi múlik rajtunk. A többi a világon múlik. A társadalom viselkedéskultúráján, amit egyedül abból lehet megítélni, hogy miképp bánnak az éppen kiszolgáltatott helyzetben lévő emberrel." ⁵

⁵ Forrás: Popper Péter: Fáj-e meghalni (106. o.) Saxum Kiadó Kft Budapest, 1999.

TANULÁSIRÁNYÍTÓ**1. feladat**

Az interneten nézzen utána Polcz Alaine munkásságának! Sorolja fel a haldoklással kapcsolatos műveit!

2. feladat

Olvassa el Limpár Imre: Társadalmunk halálhoz való viszonya című tanulmányát! A tanulmány elérhetősége: http://www.kharon.hu/docu/2009-1_limpar-tarsadalmunk.pdf

MEGOLDÁS**1. feladat**

19 évesen, a II. világháborúban megsérült, a klinikai halál állapotába került.[1] Ez az élmény egész életén nyomot hagyott. 1949-ben végzett az ELTE Bölcsészettudományi Karán, pszichológia szakon. Ugyanebben az évben ment férjhez Mészöly Miklós íróhoz, akivel házassága 2001-ig, Mészöly haláláig tartott. Pályája kezdetén elmebetegekkel folytatott művészeti terápiát, később játékdiasztikával foglalkozott. 1970-től a Tűzoltó utcai II. számú Gyermekklinikán dolgozott, ahol a nagyon súlyos beteg és haldokló gyermekek és hozzátartozóik pszichológusa volt. 1976-ban Magyarországon elsőként hozott létre klinikai osztályon játszószobát, illetve külön szobát a szülők számára. 1991-ben hozta létre a Magyar Hospice Alapítványt.

Haldoklással kapcsolatos művei: A halál iskolája (1989), Meghalok én is? A halál és a gyermek (1993), Ideje a meghalásnak (1998) , Gyászban lenni (2000), Élet és halál titkai (2001) , Gyermek a halál kapujában (2001), Együtt az eltávozottal (2005)⁶

2. feladat

⁶ Forrás: Polcz Alaine élete, http://hu.wikipedia.org/wiki/Polcz_Alaine (2010. augusztus 10. 9.26.)

A tanulmány áttekintést ad arról a sajátos viszonyról, amely a 21. század emberét jellemzi a halállal való kapcsolatban. A cikk elérhetősége: http://www.kharon.hu/docu/2009-1_limpar-tarsadmunk.pdf

MUNKANYELV

ÖNELLENŐRZŐ FELADATOK

1. feladat

Ismertesse a hospice fogalmát és nevezze meg a tanatológia tudomány megalapítójának tekintendő személyeket!

Hospice fogalma: _____

A thanatológia megalapítói: _____

2. feladat

Ismertesse a hospice palliatív gondozás alapelveit, nevezze meg a team tagjait!

Alapelvek: _____

A team tagjai: _____

MEGOLDÁSOK

1. feladat

A hospice fogalma sajátos szellemiséget, szolgáltatásokat, szervezeti rendszert foglal magába. A hospice gondozás a gyógyíthatatlan, progresszív betegségekben szenvedő betegek sokoldalú, holisztikus gondozása életük utolsó szakaszában. Ez jelenti a fájdalom legyőzését, a tüneti kezelést, a pszichés és szociális szenvedés enyhítését, valamint a család támogatását, mind a betegség fennállása alatt, mind a gyász időszakában. A közösség életének középpontjában a beteg áll, aki a lehető legmagasabb színvonalú orvosi, ápolási, lelki és szociális támogatást kapja.

A thanatológia megalapítói: Cicely Saunderst, Elisabeth Kübler-Rosst és Kalkuttai Teréz anyát tekintjük a tanatológia – a halállal, haldoklással és a gyással foglalkozó tudomány-megalapítóinak. Magyarországon Polcz Alaine munkássága meghatározó.

2. feladat

A WHO ajánlás a következő alapelveket fogalmazza meg a palliatív és hospice gondozásra: értékeli, becsüli az életet, a haldoklást természetes folyamatnak tekinti. Elkerüli a különleges, életmegg hosszabbító kezeléseket, nem késlelteti, de nem is sietteti a halált. Enyhíti a fájdalmat és más kínzó tüneteket, átfogja a beteg pszichés, spirituális és szociális szükségleteit, olyan támaszrendszert képez, amely a beteg számára aktív életet biztosít – amennyire ez lehetséges. Segít a családnak abban, hogy megbirkózzon a közeli hozzátartozó betegségével és támaszt nyújt a gyász időszakában.

A hospice-team tagjai: orvos (bármilyen klinikai szakvizsgával rendelkező, aki speciális hospice képzésben részesült), hospice ápoló, koordinátor, szociális munkás, gyógytornász, mentálhigiénés szakember, dietetikus, lelkész, kiképzett önkéntes segítők, egyéb terapeuták

IRODALOMJEGYZÉK

FELHASZNÁLT IRODALOM:

Dr. Hegedűs Katalin: Hospice alapismeretek, SOTE, Budapest, 1999.

Dr. Hegedűs Katalin: Az emberhez méltó halál, Osiris Kiadó, Budapest, 2000.

Dr. Pilling János: A haldoklás és a gyász pszichológiája, SOTE, Budapest, 1999.

A terminális állapotú betegek palliatív ellátása – Szakmai irányelvek, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, 2002. (szerkesztette: Dr. Hegedűs Katalin, Szy Ildikó)

A palliatív ellátás alapjai, SOTE, Budapest, 2002. (szerkesztette: Dr. Hegedűs Katalin)

Popper Péter: Fáj-e meghalni, SAXUM KIADÓ KFT, Budapest, 1999.

AJÁNLOTT IRODALOM:

Dr. Hegedűs Katalin: Hospice alapismeretek SOTE, Budapest, 1999.

Limpár Imre: Társadalmunk halálhoz való viszonya Tanulmány, Kharón Thanatológiai Szemle 2009/1

A(z) 1851-06 modul 018-as szakmai tankönyvi tartalomeleme felhasználható az alábbi szakképesítésekhez:

A szakképesítés OKJ azonosító száma:	A szakképesítés megnevezése
54 762 02 0010 54 01	Gerontológiai gondozó
54 762 02 0010 54 02	Pszichiátriai gondozó
54 762 02 0010 54 03	Szenvedélybeteg-gondozó
54 762 02 0010 54 04	Szociális gondozó, szervező
33 762 01 0010 33 01	Fogyatékossgal élők gondozója
33 762 01 0010 33 02	Szociális gondozó és ápoló

A szakmai tankönyvi tartalomelem feldolgozásához ajánlott óraszám:
25 óra

MUNKANYAG

MUNKANYAG

A kiadvány az Új Magyarország Fejlesztési Terv
TÁMOP 2.2.1 08/1-2008-0002 „A képzés minőségének és tartalmának
fejlesztése” keretében készült.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap
társfinanszírozásával valósul meg.

Kiadja a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet
1085 Budapest, Baross u. 52.

Telefon: (1) 210-1065, Fax: (1) 210-1063

Felelős kiadó:
Nagy László főigazgató