**B/ 3.    Kommunikáció idős betegekkel**

Az „idős” fogalmának meghatározása, öregedési modellek

* WHO életkori felosztása: 60 év felettiek = OEP szintén itt húz határt
* biomedikális deficitmodell: időskor = hiányállapot
* biopszichoszociális modell: deficit+pszichológiai+szociális szempontok
* szelektív optimalizálás és kompenzáció: az idős ember kiválasztja, mit tud sikeresen csinálni és azt fejleszti
* active aging (WHO folyamatmodellje)≈sikeres öregedés (Rowe és Kahn):
  + - alacsony megbetegedési kockázat
    - magas szintű szellemi-fizikai funkcionalitás
    - aktív részvétel a mindennapi életben

Ezek elérése nagyrészt magától az idősödő embertől függ: egészséges életmódon és pozitív hozzáálláson alapul.

Az idősödés és az elme működésének alakulását aktuálisan leíró modell Baltes kéttényezős modellje: eszerint az időskori hanyatlás az agy idegélettani változásain alapul. Ám ez a „hardware” akár 70-80 éves korig is ép maradhat. A mási tényező, a „software” a felhalmozott tudásanyag, ami folyamatosan bővül és átalakul.

Hasonló Cattel és Horn modellje: ők fluid (=hardware) és kristályos (=software) elmét különítenek el.

Az öregedés két életútja:

1. kiegyensúlyozott: szociálisan és anyagilag megfelelő körülmények🡪 jobb életminőség, fizikai és mentális egészség
2. veszteséges: rossz szociális és anyagi háttér🡪 krónikus betegségek, izoláció

A szelektív optimalizáció és kompenzáció illetve a sikeres öregedés modelljében közös szempont az öregedés folyamatához való pozitívabb hozzáállás. Mivel az idősödő ember számos számos tényezőt képes kontrollálni, az öregedés tehát nagyrészt saját hozzáállásán múlik.

Az idősekkel való kommunikáció általános szempontjai

A kommunikáció sajátossága, hogy mindkét oldalról befolyásolják az életkori sztereotípiák, az orvos idősekkel szembeni indulatáttételei és az ellenkező irányú viszontáttételek. Hasonló befolyásoló hatása van a hagyományos férfi és női szerepeknek (különösen falusi környezetben). Ugyancsak nehezítik a kommunikációt az előítéletek. Az életkori sztereotípiákat és előítéleteket foglalja össze a Robert Butler nevéhez fűződő „ageism” (az age=kor szóból) fogalma.

Az orvos szempontjai

Az idősek kezelése az átlagosnál nagyobb kihívást jelent. Az anamnézis felvétele és a vizsgálatok sokszor nehezebben, lassabban zajlanak, számtalan korábbi lelet és sok gyógyszer és azok lehetséges interakciói is bonyolítják a helyzetet.

Sztereotip vélekedés, hogy a korral járó állapotromlás „eleve elrendelt” folyamat, emiatt gyakran elmarad az alapos, körültekintő kivizsgálás.

Türelemmel, megfelelő kommunikációval ezek a csapdák elkerülheetők.

Az idős beteg szempontjai

Szituációs szorongás: az idős ember fél a betegségtől, kórháztól, elfekvőtől öregek otthonától

maszkolás: az egyedül érkező idős ember eltitkolja fontos tüneteit, mert számára kínosak

disszimiláció (rejtőzés): a társadalmi elvárások (manager-ideál) kényszeríti ki, lényege az öregedés mint folyamat „takargatása”

A kommunikáció speciális szempontjai idős páciensek esetén

kezeljük felnőttként az idős embert

kerüljük a gyors tempót

egyszerre csak egy kérdést tegyünk fel

konkrétan fogalmazzunk

használjunk segítő kérdéseket

ellenőrizzük a megértést kérdésekkel

mindenképpen beszéljünk négyszemközt is (öngyilkossági gondolatok, üldöztetéses téveszmék csak így kerülhetnek felszínre, ezekről akkor is érdeklődjünk, ha nem említi őket a páciens – látogatása utolsó segítségkérés is lehet (cry for help)

derítsük ki, képes-e az idős páciens a mindennapi önellátásra (ha nem, szükséges a családi vagy intézményi háttér bevonása – a gondozásban kimerült családtag tehermentesítéséről sem feledkezhetünk meg – kérdezzük a családi és szociális kapcsolatairól, munkájával, nyugdíjazásával kapcsolatos élményeiről, házasságáról, tapintatosan a szexualitásról

kerüljük a túl hosszú viziteket, ha az idős páciens fárad, folytassuk legközelebb

minden érzelmi-hangulati és viselkedészavar esetén gondoljunk organikus háttérre, főleg hirtelen kezdet esetén vagy akkor, ha a zavar időskorban jelentkezik először

Depresszió és szorongás vizsgálata

Az időskor hajlamosító tényező, a disszimiláció és a masking pedig megnehezíti a felderítést.

Az aktivitás, a hobbik, a hangulat és annak rendszeres ingadozásai, alvászavar, étvágy, testsúlyváltozás, bűntudat, szorongás, memóriazavar a vizsgálandó tényezők.

A leggyakoribb tünetek a pszichoszomatikus zavarok, a memóriazavar, az érdeklődés beszűkülése, döntésképtelenség, túl sok alvás, a felfokozott viselkedés, a mások számára nyilvánvaló depresszió tagadása

Öngyilkossági veszély vizsgálatakor tapintatosan, a nonverbális reakciókra fokozottan figyelve kérdezzünk rá a depresszióra, hangulatváltozásokra, öngyilkossági gondolatokra; a manipulatívnak tűnő gondolatokra is figyeljünk! Kétség esetén kérjük tapasztaltabb szakértő tanácsát (szupervízió)