

A hospitalizáció tünetei a hosszú ideje kórházban kezelt hajléktalan betegeknél

[Maricza Zsuzsanna¹ | Dr. Simek Ágnes²]

1 orvostanhallgató, I. évf. Semmelweis Egyetem, Budapest

2 Ph.D. Népegészségtani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

Absztrakt

Bevezetés: A hosszas szociális izoláció, például kórházi tartózkodás következtében kialakulhat a többek között apátiával, motivációhiánnyal, társaságkerüléssel és mozgáshiánnyal járó hospitalizáció. A hajléktalan betegeknél az eleve meglévő kapcsolat-hiányok miatt gyakran fordul elő ez az állapot.

Anyag és módszer: Az Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelő fekvőbeteg osztályán több, mint 1 hónapja tartózkodó betegek részvételével készült keresztmetszeti vizsgálat a hospitalizmus tüneteinek megjelenéséről. 29 beteg vett részt a kutatásban, 24 férfi és 5 nő.

Eredmények: A leggyakoribb tünet a férfiaknál a mozgáshiány (65,2%), a higiéne romlása (52,2%) és a társaságkerülés (52,2%), nőknél a motivációhiány, a fokozott betegségtudat, mozgáshiány (80%), társaságkerülés, és az extra igények (60%).

Megbeszélés: Nincs összefüggés a benntartózkodás ideje és a tünetek megjelenése között. A hospitalizmus megjelenése jobban függ a személyes adottságtól, mint az objektív mutatóktól.

Következtetés: A jó szociális háló, a betegedukáció és a gyakori személyes kapcsolat segíthet a hospitalizáció kialakulásának megakadályozásában és súlyosságának csökkentésében. A hajléktalanok esetében ezeknek különösen nagy jelentősége van.

Kulcsszavak: hajléktalan betegek, szociális izoláció, hospitalizáció, reszocializáció, betegedukáció

Bevezetés

A hospitalizáció

A hospitalizáció jelenségét az 1930-as években kezdték felismerni, pár évvel később pedig már tudományos folyóiratokban is jelentek meg közlemények a szindrómával kapcsolatban. A tünetegyüttesről elő-

ször René A. Spitz számolt be a gyermekek érzelmi elhanyagolásával összefüggésben [1,2].

Maga az állapot azonban nem csupán a gyermekkori elzártsággal áll kapcsolatban, hanem kialakulhat felnőttekben is hosszabb elszigeteltség után.

A hosszasan fennálló szociálisan elzárkózott életforma az élet számos más területén is okoz változásokat. Ilyen helyzet például a hosszú kórházi tartózkodás is.

A személyes kapcsolat az emberek alapvető mentális szükséglete, azt teljes értékűen nem pótolhatja más, virtuális (telefonos internetes) kontaktus sem [3]. A szociális izoláció és a magányosság erős összefüggést mutat a depresszióval, [4].

A kórházban fekvő betegekre általában jellemző, hogy nem tudják kellőképpen kielégíteni a szociális igényeiket a családjukkal, barátaikkal; elszigetelten élnek. Ezek mentális következménye az apátia és a motivációhiány [5]. Jelentősen magasabb a depresszió és a szorongás megjelenésének aránya is [6]. A kórházban kezelt betegeknél a depresszió gyakran felfedezetlen [7].

A hospitalizáció fizikális tünete az ágyhoz kötött életmód miatti csökkentett lehetőség és hajlandóság mozgásra [8]; ez a későbbiekben számos egyéb egészségügyi problémához vezethet: az iszkémiás szívbetegség, a 2-es típusú diabétesz, a rosszindulatú emlő-, és végbéldaganat összefüggést mutat az inaktív életmóddal, és világszerte az idő előtti halálozások jelentős számáért felelős [9].

A hajléktalanok és a hospitalizmus

A hajléktalan emberek életmódja miatt az egészségi állapotuk általánosságban rosszabb, mint egy átlagos emberé. Saját megítélésük alapján gyakran rossznak vagy nagyon rossznak minősítik. Kórházon kívül is jellemző a hajléktalanokra a fizikai inaktivitás. Gyak-

ran előfordulnak közöttük mentális betegségek és krónikus megbetegedések is [10]. A hajléktalan betegeket többnyire ügyeleteken, sürgősségi osztályokon látják el. A rendszeres orvoslátogatások, (primer, szekunder, terciér prevenció), a folyamatos gondozás helyett inkább a hosszabb-rövidebb kórházi kezelést veszik igénybe. Az esetek többségében súlyos, szövődményes állapotban kerülnek ellátásra.

A rossz egészségi állapot és a kevésbé kiegyensúlyozott pszichés állapot miatt a hajléktalanoknál hosszabb a kórházi ellátás, gyakran alakul ki a hospitalizmus, így megismerése orvosi szempontból is fontos.

Anyag és módszer

A felmérés keresztmetszeti vizsgálat.

Az adatok a betegek kórlapjaiból, a betegekkel folytatott beszélgetésekből és az egészségügyi dolgozók információiból álltak össze.

Az eredmények MS Excel táblázatba kerültek. Az adatok elemzése egyszerű statisztikai módszerekkel történt.

Betegpopuláció

A hospitalizáció megfigyelése a hajléktalan betegeknél az Oltalom Karitatív Egyesület hajléktalan-kórházában a krónikus osztály fekvőbetegei között történt.

A vizsgálat 2023-ban, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar első évfolyamának második félévében készült.

A kórházban négy kórteremben összesen 29 bennfekvő beteget ápoltak. A négy kórteremből háromban férfiakat (n=24), és egyben pedig nőket (n=5) látnak el.

A vizsgálatban bármely beteg részt vehetett önkéntesen, aki az Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelő fekvőbeteg részlegén tartózkodott. Kizárási kritérium az egy hónapnál rövidebb benntartózkodási idő volt.

Betegekkel való személyes érintkezés

Az adatgyűjtés során saját feladatként a betegek anamnézisének kellett felvenni, ez alatt számos objektív és szubjektív információ derült ki a betegekről.

A 4 hónap alatt a betegek kezelőorvosa felügyelte a megfigyelést és a kikérdezést. A kikérdezés során az anamnéziszfelvétel általános kérdései (jelen panaszok, kórelőzmény, családi anamnézis, szociális tényezők stb.) szerepeltek.

A betegekkel való interakció után az orvos részletesen elmondta a kikérdezettek objektív egészségi állapotát, illetve felhívta a figyelmet a szubjektív elemekre és az állapotának megítélését befolyásoló tényezőkre.

Az egészségügyi személyzet tagjai összefoglalták minden betegnek a hospitalizációs tüneteit. Ismertették a kezelés okát és hosszát. Bemutatták a környezetet és a hajléktalanok jellemző mindennapjait.

Eredmények

Objektív eredmények

A 29 beteg közül 1 férfit beteget nem lehetett bevonni a vizsgálatba, mert még nem volt elég ideje kórházban ahhoz, hogy a hospitalizáció tünetei megjelenjenek nála.

Összesen 23 férfi (82%) és 5 nő (18%) tüneteinek a leírása történt.

A kórházban töltött idő átlaga 1,9 év.

1. táblázat

Az 1. táblázat a kórtermekben bennfekvő betegeknél megjelenő hospitalizációs tünetek megjelenését mutatja személyre lebontva.

A motivációhiány 8 betegnél nem volt egyértelmű, 8 betegnél pedig a hosszas benntartózkodás ellenére nem alakult ki.

Az apátia 6 betegnél volt bizonytalan, és mindössze 4 betegnél volt manifeszt. A pozitív betegek benntartózkodási ideje 2 hónaptól 6 évig terjedt.

Mozgáshiány 4 betegnél az alapbetegsége miatt alakult ki (1 betegnél mindkét láb amputációja, 2 betegnél hemiplegia, és 1 betegnél alkoholos encephalopathia). 19 betegnél a mozgáshiányt semmilyen szervi elváltozás nem indokolta.

A társaságkerülés 5 betegnél időszakos vagy részleges volt, 19 beteg igyekezett minden helyzetben elkerülni mások társaságát (étkezés, udvaron levegőzés, közös gyógytorna gyakorlatok és pszichoterápiás csoportfoglalkozások).

A higiéné romlása 14 betegnél volt megfigyelhető. Arról nincsen adatunk, hogy a kórházba kerülés előtt mennyire volt fontos a beteg számára a testi higiénia.

Az extra igények kialakulása 8 betegnél volt megfigyelhető.

A fokozott betegségtudat kialakulása 15 betegnél volt egyértelmű. 2 beteg kivételével mindannyian évek óta tartózkodtak a kórházban.

2. táblázat

A 2. táblázat a hospitalizáció tüneteinek megjele-

nését mutatja az összes kezelt betegnél százalékos megoszlásban.

Összességében a mozgáshiány a leggyakoribb tünet a hospitalizálódott betegek körében (67,9%), majd a betegségtudat fokozódása (53,6%) és a társaságkerülés (53,6%).

2/a. táblázat

A férfiak körében a leggyakoribb tünet egyértelműen a mozgáshiány (65,2%), majd a higiéné romlása és a társaságkerülés (52,2%) volt.

Az egyéb kategóriába a betegség vagy az egészségi állapot (moribund) került, nőknél és férfiaknál egyaránt.

2/b. táblázat

A nőknél sokkal magasabb volt a kialakult hospitalizációs tünetek aránya.

A motivációhiány, a mozgáshiány és a betegségtudat fokozódása egyaránt 80%-uknál jelent meg, míg a társaságkerülés és az extra igények hangoztatása 60%-uknál fordult elő. A kirívó különbség oka valószínűleg a kis esetszám.

1. Grafikon

A betegek benntartózkodási idejéhez rendelt az alábbi gyakorisággal jelentek meg a tünetek.

A kórházi bentfekvés ideje és a hospitalizációs tünetek megjelenése és száma között korreláció nem található. Lehetséges, hogy ennek is a viszonylag kis esetszám az oka.

Megfigyelések a kórházban

A hajléktalankórházban ápoltak különböző szociokulturális háttérrel rendelkező betegek betegségtől és intelligenciájuktól, mentális és pszichés állapotuktól függően más-más módon élnek meg helyzetüket, a kórházban eltöltött időt.

A vizsgálati hely része a hajléktalanszálló egy gyengélkedő-betegápoló része is, (Lábadozó) ahol nem kórházi ellátásra, hanem (családi) gondozásra, gondoskodásra szoruló betegek vannak. Itt tartózkodásuk ideje általában 1-3 hét. Az itt ellátott betegek erős kontrasztot mutatnak a kórházi ápolottakkal szemben: a megfigyelő orvosokat kevésbé fogadták el a betegek, velük szemben tartózkodóbbak, néha elutasítóbbak voltak, mint az egészségügyi ellátókkal.

A kórházi betegek sokkal együttműködőbbek voltak a beszélgetések során: nagy hajlandósággal fejtették ki bővebben a betegséggel kapcsolatos ismereteiket, betegségük szubjektív megítélését.

Személyes tapasztalatok a betegekkel: Az egyik nőbetegnél különösen szembetűnő volt a hospita-

lizációs tünetek közül az extra igények megjelenése szorosan összekapcsolva a fokozódó betegségtudattal. Az apátia jelei rajta nem voltak láthatóak, úgy tűnt, mintha a kórházi fekvőbeteg életforma számára nem okozna nagyobb problémát, nem volt deprimáló hatása. Napi rutin volt nála a legkülönbözőbb elvárások megfogalmazása az ápoló személyzet és betegtársai felé.

Minden beteg tünetei nagyban függtek attól is, hogy milyen körülmények között került be a kórházba. Az egyik férfibeteg az agyvérzése után, egy családi súlyos mentális trauma után került a kórházba. Nála az apátia és a motivációhiány szinte azonnal kialakult, könnyen felismerhető volt, ezeket indukálták az oda-kerülésének körülményei is. Bentfekvése alatt a tünetek csak erősödtek.

Ezzel szemben volt olyan férfibeteg, aki 3 hónapos benntartózkodás és mozgáskorlátozottság ellenére sem mutatta a hospitalizáció jeleit. Kommunikatív, önmagát az állapotához képest ellátni képes beteg maradt.

Megbeszélés

Mind összesítve, mind pedig nemekre szétbontva a legtöbbször előforduló tünet a mozgáshiány. A férfiaknál a társaságkerülés és a higiéné romlása, a nőknél pedig a motivációhiány, társaságkerülés, extra igények és a betegségtudat fokozódása a leggyakoribb tünet.

A nőknél a hospitalizáció több tünete jelenik meg markánsan, leggyakoribb a motivációhiány és az extra igények. Apátia körükben egyáltalán nem fordult elő, ami a kis esetszámmal, de a nők között általánosságban könnyebben kialakuló kapcsolatok miatt is lehetséges.

A bent töltött idő és a megjelenő tünetek száma között nincs egyértelmű kapcsolat. Az egy évnél kevesebb ideje bent fekvő betegeknél is ugyanúgy jelenhetnek meg tünetek, mint a több éve ápolott betegeknél, illetve előfordul, hogy a hosszas kórházi tartózkodás sem jár több tünet megjelenésével.

A hospitalizációt befolyásoló tényezők sokkal inkább a beteg személyiségében, mentális és pszichés állapotukban keresendők, mint az objektív adatokban. Egy érzékeny pszichés állapot erősebb rizikófaktora a hospitalizációs szindrómának, mint a bentfekvés vagy kezelési idő. Betegségük megélése egyfajta figyelem-, és törődésszerzési mód is volt.

A közös kórteremben fekvő betegek egymásra

hatással vannak, javíthatják, és ronthatják is egymás állapotát.

Az egyes kórtermekben az intelligensebb, pszichésen kiegyensúlyozottabb betegek pozitívan befolyásolták a többi ápolat helyzetét (beszélgetés, irányítás, etetés, itatás, ágyban fekvő betegeknek szükséges fizikai eszközök biztosítása). Ezzel a hospitalizáció egyes tüneteinek (apátia, a társaságkerülés vagy a motivációhiány) megjelenését csökkentették, de nagyban ellensúlyozták a mozgáshiányt is.

Következtetés

Fontos foglalkozni a problémával, mert összességében a hospitalizmus következményei jelentősen ronthatják a betegek életminőségét és nehezítik a gyógyulást is.

A hospitalizációs szindróma tüneteinek megjelenése nem feltétlenül arányos a kórházban töltött idővel. A hajléktalanok, mint nagyon különböző szociális háttérrel rendelkező betegek helyzetéből kiderült, hogy a hospitalizmus sokkal inkább függ személyes adottságoktól és tapasztalatoktól, mint objektív mutatóktól. Ezért már egy jó pszichés állapotú beteg is javíthatja a többi beteg helyzetét egy krónikus betegellátó osztályon.

A hospitalizációs tünetek előfordulásának csökkentésére több lehetőség is adódik a hajléktalanok körében.

A szindróma jelentős rizikófaktora a hajléktalanság, az ezt leginkább kiváltó kapcsolatrendszerhiány és a labilis pszichés státusz. Ebben nagyon sokat segítene a mentálhigiéné javítása szakemberek bevonásával, és nem csak a hajléktalanok körében.

A hospitalizmus csökkentésére a gyakori interperszonális kapcsolat is alkalmas lehet, akár szociális munkások vagy mentálhigiénés szakemberek segítségével. Az Oltalom Karitatív Egyesület kórházában ezt szakpszichológus biztosítja.

Sikeres megoldást nyújthat az önkéntesek bevonása. Az ilyen kapcsolatépítő interakció a betegek számára valós megoldás lehet a betegek számára szociális igényeik kielégítésére, mely nagyon fontos tényező a szindróma kialakulásának megelőzésében. Hosszú távon – például nyugdíjas önkéntesek bevonásával – ők is profitálhatnak ebből a programból a saját közösségi szükségleteik fedezésével.

A leghatékonyabb módszer a hajléktalanok reszocializációja, elsősorban pedig a hajléktalanság kialakulásának prevenciója lenne, amely koragyermekkorban az oktatás keretein belül kezdődhetne: helyes kommunikáció, problémamegoldás, stresszkezelés, asszertív magatartás kialakítása, háztartási és pénzügyi ismeretek.

A megvalósításban szociális, egyházi és civilszervezetek, oktatási és egészségügyi intézmények bevonása is szükséges, mivel az ezen szervezetekkel való együttműködés segíthet a reszocializációs programok jobb elérhetőségében és minőségében, illetve a hosszú távú fenntarthatóságban.

Mindez a közösségi orvoslás keretein belül valósulhat meg. Ez az ellátásforma lehetőséget biztosíthat a korai beavatkozásra és a hajléktalanok egészségügyi és szociális szükségleteinek kielégítésére, így a hajléktalanság kialakulásának megelőzésére és a már kialakult helyzet javítására.

Irodalom

1. Rene A. Spitz Hospitalism, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1945, 1:1, 53-74, DOI: 10.1080/00797308.1945.11823126
2. Bill Bynum, Hospitalism, *The Lancet*, Volume 357, Issue 9265, 2001, Page 1372, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04506-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04506-2).
3. Teo AR, Choi H, et al Does Mode of Contact with Different Types of Social Relationships Predict Depression in Older Adults? Evidence from a Nationally Representative Survey. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Oct;63(10):2014-22. doi: 10.1111/jgs.13667. Epub 2015 Oct 6. PMID: 26437566; PMCID: PMC5527991.
4. Santini ZI, Koyanagi A, et al The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:53-65. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.049. Epub 2014 Dec 31. PMID: 25594512.
5. Rebar AL, Stanton R, et al A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev*. 2015;9(3):366-78. doi: 10.1080/17437199.2015.1022901. Epub 2015 Jul 3. PMID: 25739893.
6. Catalano G., Houston HS., et al. "Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation." *Southern Medical Journal*, vol. 96, no. 2, Feb. 2003, pp. 141+. Gale Academic OneFile, link.gale.com/apps/doc/A98828109/AONE?u=anon~28974bbb&sid=googleScholar&xid=1c89da71. Accessed 7 May 2023.
7. IsHak, W.W., Collison, K., et al, Screening for Depression in Hospitalized Medical Patients. 2017, *Journal of Hospital Medicine*, 12: 118-125. <https://doi.org/10.12788/jhm.2693>
8. Brown CJ, Roth DL, et al, Trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Ann Intern Med*. 2009 Mar 17;150(6):372-8. doi: 10.7326/0003-4819-150-6-200903170-00005. PMID: 19293070; PMCID: PMC2802817.
9. Lee IM, Shiroma EJ, et al, Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012 Jul 21;380(9838):219-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9. PMID: 22818936; PMCID: PMC3645500.
10. Smith L, Veronese N, et al, Health behaviours and mental and physical health status in older adults with a history of homelessness: a cross-sectional population-based study in England. *BMJ Open*. 2019 Jun 14;9(6):e028003.

Táblázatok

1. táblázat

Beteg-azonosító	Kórbázban töltött idő	Betegség	Motiváció-biány	Apátia	Mozgás-biány	Társaság-kerülés	Higiéné-romlása	Extra igények	Betegség tudat fokozódása
II/1	1 hónap	nyaki lymphoma	moribund állapot miatt					neg	neg
II/2	3 hónap	mindkét láb amputatioja	neg	neg	betegség miatt	neg	neg	neg	neg
II/3	6 év	alkoholos encephalopathia	poz	poz	poz	poz	poz	poz	poz
II/4	3 év	alkoholos encephalopathia, májcirrózis, féloldali bénulás	neg	neg	neg	neg	poz	poz	neg
II/5	8 hónap	COPD, ISZB	poz	pozneg	poz	poz	neg	neg	neg
II/6	új beteg								
II/7	2 hónap (előtte másik kórház)	vese-carcinoma	neg	poz	neg	poz	poz	poz	poz
II/8	2 év	COPD, ISZB	poz	poz	poz	poz	poz	neg	poz
II/9	1 év	bokatörés	neg	neg	neg	neg	neg	neg	neg
II/10	4 hónap	tüdőtumor	neg	pozneg	poz	poz	neg	neg	neg
III/1	6 hónap	szifilisz, AIDS	poz	pozneg	poz	poz	poz	neg	poz
III/2	6 hónap	alkoholos encephalopathia	neg	neg	poz	pozneg	poz	poz	poz
III/3	10 év	agyi infarktus, hemiplegia	pozneg	neg	betegség miatt	poz	neg	neg	neg
III/4	5 év	COPD, BPH	poz	pozneg	poz	poz	poz	poz	poz

IV. kórteremben a nők:

IV/1	9 hónap	alkoholos encephalopathia, májcirrózis, hemiparesis	pozneg	pozneg	betegség	neg	betegség	neg	poz
IV/2	1 év	combnyaktörés, alkoholos encephalopathia	poz	neg	poz	poz	poz	poz	po
IV/3	5 év	alkoholos cardiomyopathia, psoriasis, arthritis psoriatica	poz	neg	poz	poz	poz	poz	poz
IV/4	6 év	májcirrózis	poz	neg	poz	poz	neg	poz	poz
IV/5	1 év	májcirrózis	poz	neg	poz	neg	neg	neg	neg

V/1	1,5 év	alkoholos cardiomyopathia és encephalopathia, COPD, ISZB miatt	pozneg	neg	betegség	poz	poz	neg	poz
V/2	6 hónap	lábszárfekély	neg	neg	poz	neg	poz	pozneg	poz
V/3	1 év	lábszárfekély	pozneg	neg	poz	poz	neg	neg	poz
V/4	1 év	alkoholos encephalopathia	pozneg	neg	poz	pozneg	poz	neg	neg
V/5	2 hónap	agyvérzés, hemiparesis, alkoholos encephalopathia	poz	poz	poz	poz	poz	neg	neg
V/6	2 év	májcirrózis	poz	neg	poz	pozneg	neg	neg	poz
V/7	1 hónap	agyi infarktus	neg	neg	neg	neg	neg	neg	neg
V/8	1,5 év	gégetumor	pozneg	neg	poz	pozneg	neg	neg	neg
V/9	2 év	alkoholos encephalopathia, agyi infarktus, BPH	pozneg	neg	poz	poz	poz	neg	poz
V/10	1 év	lábszárfekély	pozneg	neg	poz	pozneg	neg	neg	neg

Az első oszlopban a római szám a kórtermet, az arab szám az ágyszámot jelöli.

Zöld neg.: nem jelentek meg a tünetek; narancssárga poz.: megjelentek a tünetek; szürke pozneg.: a tünetek nem egyértelműek.

2. táblázat

Összes (n=28)	Motivációhiány % (n)	Apátia % (n)	Mozgás-hiány % (n)	Társaságkerülés % (n)	Higiéne romlása % (n)	Extra igények % (n)	Betegségtudat fokozódása % (n)
NEGATÍV	28,6 (8)	64,3 (18)	14,3 (4)	25 (7)	42,9 (12)	67,9 (19)	46,2 (13)
POZITÍV	39,3 (11)	14,3 (4)	67,9 (19)	53,6 (15)	50 (14)	28,6 (8)	53,6 (15)
POZNEG	28,6 (8)	17,9 (5)	0 (0)	17,9 (5)	0 (0)	3,6 (1)	0 (0)
EGYÉB	3,6 (1)	3,6 (1)	17,9 (5)	3,6 (1)	7,1 (2)	0 (0)	0 (0)

Zöld neg.: nem jelentek meg a tünetek, narancssárga poz.: megjelentek a tünetek, kék pozneg.: a tünetek nem egyértelműek

Szürke egyéb: betegség vagy egészségi állapot (moribund)

2/a. táblázat

Összes (n=23)	Motivációbiány % (n)	Apátia % (n)	Mozgás-biány % (n)	Társaságkerülés % (n)	Higiéné romlása % (n)	Extra igények % (n)	Betegségtudat fokozódása % (n)
NEGATÍV	34,8 (8)	60,9 (14)	17,4 (4)	21,7 (5)	43,5 (10)	73,9 (17)	52,2 (12)
POZITÍV	30,4 (7)	17,4 (4)	65,2 (15)	52,2 (12)	52,2 (12)	21,7 (5)	47,8 (11)
POZNEG	30,4 (7)	17,4 (4)	0 (0)	21,7 (5)	0 (0)	4,3 (1)	0 (0)
EGYÉB	4,3 (1)	4,3 (1)	17,4 (4)	4,3 (1)	4,3 (1)	0 (0)	0 (0)

Zöld neg.: nem jelentek meg a tünetek, narancssárga poz.: megjelentek a tünetek, kék pozneg.: a tünetek nem egyértelműek
 Szürke egyéb: betegség vagy egészségi állapot (moribund)

2/b. táblázat

Összes (n=5)	Motivációbiány % (n)	Apátia % (n)	Mozgás-biány % (n)	Társaságkerülés % (n)	Higiéné romlása % (n)	Extra igények % (n)	Betegségtudat fokozódása % (n)
NEGATÍV	0 (0)	80 (4)	0 (0)	40 (2)	40 (2)	40 (2)	20 (1)
POZITÍV	80 (4)	0 (0)	80 (4)	60 (3)	40 (2)	60 (3)	80 (4)
POZNEG	20 (1)	20 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
EGYÉB	0 (0)	0 (0)	20 (1)	0 (0)	20 (1)	0 (0)	0 (0)

Zöld neg.: nem jelentek meg a tünetek, narancssárga poz.: megjelentek a tünetek, kék pozneg.: a tünetek nem egyértelműek
 Szürke egyéb: betegség vagy egészségi állapot (moribund)

doi: 10.1136/bmjopen-2018-028003. PMID: 31203244; PMCID: PMC6585828. **Grafikonok**
 1. Grafikon: A kórházban töltött idő és a hospitalizációs tünetek összevetése

