SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG

MOBILIZÁLÁS, BETEGMOZGATÁS

ELŐADÁS LEIRAT

Szerzők

Schranez Erika
Varga Andrea

Szakmai lektor

Szűcs Márta Éva

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg

A kiadvány a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt keretében készült

Kiadja Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Telefon: +36 1 769 1704
www.szgyf.gov.hu
Felelős kiadó …….főigazgató
Budapest, 2020.

Tartalom

I. Ágazati jogszabályok ismertetése 4

I/1. A szociális ágazatra vonatkozó keretjogszabályok 4

I/2. A célcsoport specifikus ellátás intézményrendszere 4

I/3. Fogalom meghatározások 6

I/4. Egészségügyi ellátás kapcsolódása a szociális ellátáshoz 7

II. Mobilizálással, betegmozgatással kapcsolatos feladatok megjelenítése az intézményi, szolgáltatói dokumentációban 11

II/1 Egyénre szabott gondozási terv kialakítása: egyéni gondozási terv, egyéni fejlesztési terv, egyéni rehabilitációs terv tartalmi megfeleltetése. Hogyan készítsünk jó gondozási tervet? 11

II/2. Intézményi dokumentációk 15

II/3. Team munka a gondozási terv elkészítése, megvalósítása, értékelése és módosítása során 17

II/4. Korlátozó intézkedések és az egyén mobilizálásának kapcsolata 18

III. Egyes ellátotti célcsoportok mobilizálásának összefüggései 20

III/1. A mozgás szervrendszerének felépítése, feladatai 20

III/2.Egyes ellátotti célcsoportra jellemző sajátosságok 24

IV. A kommunikáció fontossága a napi ápolási-gondozási feladatok ellátásában 28

V. A betegmozgatást segítő technikák ismertetése, az aktív és a passzív mozgás hatása az élettani folyamatokra 31

I. Ágazati jogszabályok ismertetése

I/1. A szociális ágazatra vonatkozó keretjogszabályok

Szociális ágazatra vonatkozó alapvető jogszabályok:

- a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló **1993. évi III. törvény** (továbbiakban: Szt.) alapján a szociális ellátás feltételeinek biztosítása - az egyének önmagukért és családjukért, valamint a helyi közösségeknek a tagjaikért viselt felelősségén túl - az állam központi szerveinek és a helyi önkormányzatoknak a feladata.
- személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló **1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet** (továbbiakban: Szakmai rendelet) hatálya kiterjed valamennyi személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásra. Az e rendeletben foglaltakat kell alkalmazni a nem állami és egyházi szerv által nyújtott szociális ellátásokra is.
- a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló **9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet** határozza meg az ellátást igénylő bentlakásos intézményi ellátásához szükséges kereteket.

I/2. A célcsoport specifikus ellátás intézményrendszere

Az Szt. IV. fejezetében találjuk meg a szociális szolgáltatások rendszerének leírását. Az Szt. értelmében a szociálisan rászorultak részére személyes gondoskodást az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják, mely magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat is.

(1. számú handout)

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevétele önkéntes, az ellátást igénylő, illetve törvényes képviselője szóbeli vagy írásbeli kérelmére, indítványára történik.

Az **alapszolgáltatások** esetében *„az állam és a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulók részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában”.* (Szt.59.§ (1) bekezdés)

Szociális alapszolgáltatások formái:

a) a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás,
c) az étkeztetés,
d) a házi segítségnyújtás,
e) a családsegítés,
f) a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,
g) a közösségi ellátások,
h) a támogató szolgáltatás,
i) az utcai szociális munka,
j) a nappali ellátás.

Az Szt. értelmében, ha „*az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő* ***szakosított ellátási formában*** *kell gondozni.”*

Szakosított ellátás formái:

1. Tartós bentlakásos intézmények:

1/1. Ápolást-gondozást nyújtó intézmények:

- idősek otthona
- pszichiátriai betegek otthona
- szenvedélybetegek otthona
- fogyatékos személyek otthona
- hajléktalan személyek otthona

Ezen intézményekben, az Szt. értelmében az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek napi legalább háromszori étkeztetéséről, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról, mentális gondozásáról, a Szakmai rendeletben foglalt egészségügyi ellátásról, valamint lakhatásáról kell gondoskodni, feltéve, hogy ellátásuk más módon nem oldható meg.

1/2. Rehabilitációs intézmények:

- pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye
- szenvedély betegek rehabilitációs intézménye
- fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye
- hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye

A rehabilitációs intézmények feladata az ellátottak önálló életvezetési képességének kialakítása, illetve helyreállítása.

1/3. Lakóotthonok:

- pszichiátriai betegek lakóotthona
- szenvedély betegek lakóotthona
- fogyatékos személyek lakóotthona → rehabilitációs célú lakóotthon
  → ápoló-gondozó célú lakóotthon

„A lakóotthon olyan nyolc-tizenkettő, a külön jogszabályban meghatározott esetben tizennégy pszichiátriai beteget vagy fogyatékos személyt - ideértve az autista személyeket is -, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít." (Szt 85/A.).

Rehabilitációs lakóotthonokban azok az ellátottak helyezhetők el, akik az intézményi elhelyezés során felülvizsgálatban vettek részt, melynek eredménye, illetve a gondozási terv és egyéni fejlesztés alapján lakóotthoni elhelyezése az önálló életvitel megteremtése érdekében indokolt; illetve önellátásra legalább részben képes.

2. Bentlakásos szociális intézmények:

2/1. átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

- időskorúak gondozóháza
- pszichiátriai betegek átmeneti otthona
- szenvedélybetegek átmeneti otthona
- fogyatékos személyek gondozóháza
- éjjeli menedékhely
- hajléktalan személyek átmeneti szállása

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények - a hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása kivételével - ideiglenes jelleggel legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak.

3. T**ámogatott lakhatás**

A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása érdekében, több szolgáltatási elem bevonásával.

4. Egyéb speciális szociális intézmények

I/3. Fogalom meghatározások

Szociális szférában dolgozó szakemberként a fenti jogszabályi hátterek figyelembevételével szükséges feleleveníteni azokat a kulcsszereppel bíró fogalmakat, melyeket a munkavégzés során, a gyakorlatban alkalmazni szükséges, valamint a jogszabályok értelmezése és azoknak a mindennapi gyakorlati alkalmazása szempontjából releváns.

A szociális gondoskodás *„célja és feladata a gondozásra szoruló ember szükségleteihez igazodó segítségnyújtás, melynek mértékét és fajtáját mindenkor a segítségre szoruló ember testi, lelki és szociális állapota határozza meg”* (Rácz, 1997)

Gondozás: a Szakmai rendelet alkalmazásában *„az igénybe vevő bevonásával történő, tervezésen alapuló, célzott segítés mindazon tevékenységek elvégzésében, amelyeket saját maga tenne meg, ha erre képes lenne, továbbá olyan rendszeres vagy hosszabb idejű testi-lelki támogatása, fejlesztése, amely elősegíti a körülményekhez képest legjobb életminőség elérését, illetve a családban, társadalmi státuszban való megtartását, visszailleszkedését*„

Tehát a szociális gondoskodás olyan komplex tevékenység, amelynek a célja az ellátott szükségletihez igazodó segítségnyújtás, melynek mértékét és módját az egyén szükségleteihez kell igazítani (testi, lelki szociális állapot).

A gondozási tevékenység a Szakmai rendelet megfogalmazása szerint a személyes gondoskodást igénybevevő személy részére nyújtott fizikai, mentális és életvezetési segítségnyújtás. A gondozás során az igénybevevő hiányzó vagy korlátozottan rendelkezésre álló testi-lelki funkcióinak a helyreállítására, szinten tartására kerül sor, a meglévő testi, szociális és szellemi állapot figyelembevételével.”

A szociális gondozás elemei: fizikai ellátás, egészségügyi ellátás, mentálhigiénés gondozás, foglalkoztatás, érdekvédelem.
Fizikai ellátás: szűkebb és tágabb környezet, élelmezés, ruházat biztosítása, célja az ellátottak alapvető szükségleteinek kielégítése.
Egészségügyi ellátás: egészségügyi alapápolási feladatok ellátása, rendszeres orvosi felügyelet, szakorvosi ellátás, gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ellátás, kórházi ápoláshoz való hozzáférés biztosítása.
Mentálhigiénés gondozás: mentális irányítás, egyéni bánásmód, társas kapcsolatok fenntartása, kiépítése, a környezet ártalmainak megelőzése.
Foglalkoztatás: fizikai foglalkoztatás, szellemi és kulturális foglalkoztatás, szórakoztató foglalkoztatás.
Érdekvédelem: a szociális segítségnyújtás speciális formája, melynek célja egy meghatározott egyéni érdek érvényesülésének elősegítése, vagy egy bekövetkezett érdeksérelem, érdeksértő cselekmény vagy magatartás megszüntetésére irányuló támogatás. (Kiss et al., 2015)

A szociális gondozás a gondozási tevékenységek megvalósítását jelenti, a gondozás elemeinek alkalmazásával.

I/4. Egészségügyi ellátás kapcsolódása a szociális ellátáshoz

A Szakmai rendelet 50. § (1) bekezdése szerint a „bentlakásos intézmény - a lakóotthon kivételével - biztosítja az ellátást igénybe vevők egészségügyi ellátását.
(2) Az egészségügyi ellátás keretében a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény köteles gondoskodni az igénybe vevő a) egészségmegőrzését szolgáló felvilágosításáról, b) orvosi ellátásáról, c) szükség szerinti alapápolásáról, az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendeletben meghatározott szakápolási tevékenységek kivételével, ennek körében különösen
ca) a személyi higiéné biztosításáról,
cb) a gyógyszerezésről,
cc) az étkezésben, a folyadékpótlásban, a **hely- és helyzetváltoztatásban**, valamint a kontinenciában való segítségnyújtásról,
d) szakorvosi, illetve sürgősségi ellátáshoz való hozzájutásáról,
e) kórházi kezeléséhez való hozzájutásáról,
f) e rendeletben meghatározott gyógyszerellátásáról,
g) **gyógyászati segédeszközeinek** biztosításáról.
(3) A bentlakásos szociális intézmény orvosa biztosítja az ellátást igénybe vevő egészségi állapotának rendszeres ellenőrzését, az orvosi tanácsadást, az egészségügyi tárgyú jogszabályokban meghatározott szűréseket, a gyógyszerrendelést, valamint szükség esetén az egészségügyi szakellátásba történő beutalást.

1. Egészség fogalma

A mobilizálás és a betegmozgatás szabályainak átfogó ismerete nem adható át anélkül, hogy az ellátottakkal foglalkozók ne legyenek tisztában olyan fogalmakkal, melyek a munkavégzésük során meghatározzák cselekvéseiket, feladataikat.
A fejezet ezen része megismerteti a hallgatókkal az egészség-betegség fogalmát, az ápolás során elvárt holisztikus szemlélet alapjait, valamint a szükségletekre épülő ellátást.
Ha feltesszük azt a kérdést, hogy mit jelent az egészség, sokféle értelmezéssel találkozhatunk, attól függően, hogy szubjektíven mi magunk hogyan éljük meg, ha egészségesek vagyunk, vagy ha valamilyen betegségben szenvedünk.
Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) definíciója szerint:
„Az egészség a teljes testi, mentális és szociális jólét állapota, és nem csupán betegség- vagy fogyatékosság-nélküliség." (I. Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986) - A WHO már 1948-ban is hasonlóan fogalmazta meg a definíciót.
Az egészség fogalma a köztudatban a betegségek hiányát és ezzel együtt a jó szellemi és fizikai állapotot jelenti, melyet értéknek is felfoghatunk.
Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eü. törvény) megfogalmazása szerint: *„az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre."*
A fogalom tartalmi elemeit nézve, az egészség az alábbi részekre osztható fel:

- **biológiai egészség**: a szervezetünk megfelelő működése (szerveink, szervrendszereink normál működése)
- **lelki egészség**: személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink, illetve a tudat nyugalmának és az önmagunkkal szembeni békének a jele (devianciák elkerülése, tudatos egészségmagatartás…),
- **mentális egészség**: a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség (kognitív funkciók…),
- **emocionális egészség**: az érzések felismerésének, illetve azok megfelelő kifejezésének a képessége (harag, düh kezelése…),
- **szociális egészség**: másokkal való kapcsolatok kialakításának egészsége (társas közeg).

Az egészséget befolyásoló főbb tényezők:

- az egyén viselkedése és életmódja; közösségi normák befolyásolása, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez,
- élet- és munkakörülmények,
- az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés,
- az általános társadalmi–gazdasági, kulturális és környezeti feltételek.

(2. számú handout)

A **társadalom** és az **egyén** egyaránt részt vesz az egészség megőrzésében, melynek célja:

- egyenlő lehetőség biztosítása mindenkinek a jó egészségi állapothoz,
- meghosszabbítani az átlagos élettartamot,
- minőséget adni azokhoz az évekhez, amit az átlagos élettartam meghosszabbodásával nyertünk.

Az egészség nem egy állandó állapot, mely születésünktől a halálunkig tart, hanem dinamikusan változik az életünk során. Ez a változó állapot életszakaszonként átmenetileg (megfázás, gyomorrontás) vagy tartósan romolhat (krónikus betegségek), illetve javulhat (gyógyulás, állapot javulása).

2. Betegség fogalma

A betegség a társadalmilag elfogadott egészségképtől való olyan eltérés, ami csökkenti az élettartamot vagy rontja az életminőséget (funkciózavart, és/vagy fájdalmat okoz), és amit az egyén vagy a környezete észlel (beleértve az ellátórendszer, a diagnosztikai eszközök észlelését is).
… betegség olyan állapot, ami rendelkezik azzal a képességgel, hogy valamilyen a gyógyításra vagy a megelőzésre irányuló egészségügyi tevékenységet indítson el. (AEEK–Egészségtudományi fogalomtár)
A betegség-érzet az egészség elvesztésének szubjektív élménye, mely fájdalommal, funkciók elvesztésével jár együtt és kialakítja a betegségtudatot.
A beteg emberre jellemző magatartást betegség magatartásnak nevezzük.
A szociális intézményben élő személyek a legtöbb esetben a bekerülést indokoló állapot mellett számos társbetegséggel is küzdenek. Ezen társbetegségek érintik a pszichés állapotot és a szomatikus állapotot is. A krónikus állapot a meglévő készségeket ronthatja, a rehabilitációt nehezítheti. Ha ezen felül valamilyen rendkívüli esemény következik be, mely az ellátott egészségének romlásával jár (pl. baleset következtében bekövetkező elesés, melynek következménye lesz a combnyaktörés) még nehezebbé teszi a felépülést.
Az ellátás során törekedni kell a holisztikus szemlélet szerinti ápolásra, gondozásra.

3. Mit jelent a holisztikus szemlélet?

A holisztikus szemlélet a teljességre való törekvést jelenti.
A gyógyítás során az ember egészét veszi figyelembe, az értelmi és érzelmi állapotát, fizikai egészségét, magasabb szükségleteit. Figyelembe veszi továbbá az egyén környezetét, annak hatásait.
Fő alapelve a „Nil nocere”, azaz „Soha ne árts!” Úgy kell az egyénnek segíteni, hogy az a szükségleteit kielégítse, nem hozva őt rosszabb helyzetbe.

4. Az emberi szükségletek – szükségletek hiearchiája

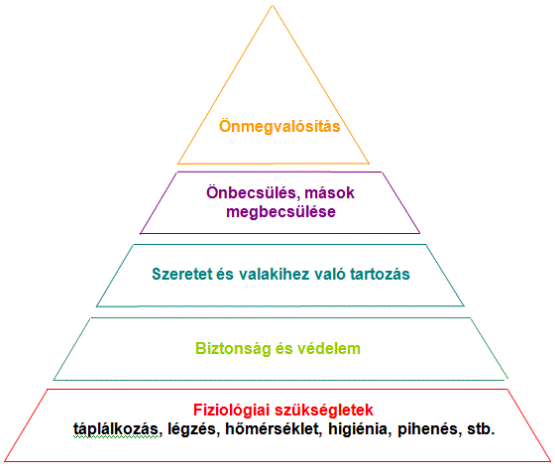
Szükséglet: az a hiányállapot, mely az egyént arra motiválja, hogy ezt a hiányállapotot minél hamarabb megszüntesse.
Az egészséges ember segítség nélkül is képes a szükségleteinek kielégítésére.
A beteg embernek segíteni kell a szükségleteinek kielégítésében.

Szükségleteket befolyásoló tényezők:

- az egyén életkora, neme,
- a betegség foka, fajtája
- az egyénre jellemző adottságok (pszichés, szomatikus, értelmi, szociális…stb.)

Abraham Maslow az ember szükségleteit csoportokba sorolta és megállapította a szükségletek hiearchiáját és kölcsönös összefüggéseit.
Maslow azt mondja, hogy az ember elsődlegesen az alapvető szükségleteinek a kielégítésére törekszik, majd amikor ezt kielégítette, akkor törekszik a magasabb rendű szükségleteinek kielégítésére.

A szükségletek piramisa



(forrás: digitális tankönyvtár)

Fiziológiás szükségletek: alapvető, az élethez nélkülözhetetlen szükségletek (pl. mozgás).
Biztonsági szükséglet: biztonságérzet kialakítása (pl. környezet, bizalmi kapcsolat).
Szeretet, valakihez való tartozás szükséglete: pozitív emberi kapcsolatok kialakításának szükséglete, melyek támogatóak a mindennapi életvitelben.
Önmegbecsülés, mások megbecsülésének szükséglete: abban nyilvánul meg, hogy az ember véghez szeretne vinni valamit, hozzáértve, függetlenül vagy minimális segítséggel. Szeretné mások elismerését, megbecsülését megélni, ez segít abban, hogy az egyén bízzon magában és hasznos személyként tekintsen önmagára. Ez egészséges esetben fordítva is működik, az egyén képes másokat elismerni, becsülni.
Önmegvalósítás: az egyén olyan tevékenységeket végez, amire képességei és készségei alkalmassá teszik. Azzal foglalkozik, amire elhivatottságot érez, amiben a képességei, tehetsége kibontakozik.
(Dr. Papp-Ujváriné Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei)

(3. számú handout)

5. Ápolás, gondozás fogalmi meghatározások

Az Eü. törvény 98. § (1) szakasza kimondja, hogy az „*ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése, fejlesztése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.*
(2) Az ápolás

a) a beteg azon tevékenységének segítésére irányul, amely elvégzésére a beteg egészségi állapota miatt önállóan képtelen vagy elvégzése jelentős nehézséggel, illetve állapotromlással járna, valamint amelynek elvégzése speciális felkészültséget igényel,
b) a beteg önellátó képességének helyreállítására, a betegség okozta fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul,
c) a tényleges vagy lehetséges egészségi problémákra bekövetkező reakciók, szükségletek felismerését szolgálja,
d) a kezelőorvos által elrendelt terápiás tervben előírt beavatkozások végrehajtását szolgálja,
e) egészségnevelési és tanácsadási feladatokat lát el….(5) Az ápolási, gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak."

*„A WHO, 1992-es meghatározása szerint az **ápolás**, mint az egészségügyi ellátórendszer szerves része az egészségmegőrzésre, a betegség megelőzésére, minden korú, fizikailag, szellemileg beteg, vagy rokkant ember ellátására irányul, minden egészségügyi ellátási és közösségi környezetben…*
***A gondozás** az egészségi ártalmakat megelőző és elhárító, az optimális fejlődést segítő, az életkörülmények javítására irányuló családi és szervezett társadalmi tevékenység.*
A gondozás célja, preventív tevékenységként az élettevékenységek segítése, az egészség fejlesztése, az egészségi állapot megtartása, a betegségek kivédése, az életminőség javítása… A gondozás komplex tevékenység több gondozási elem együttes alkalmazásával érhető el. A gondozás elemei közé tartozik az előgondozás, a fizikai ellátás az egészségügyi ellátás, a mentálhigiénés gondozás, a foglalkoztatás és az érdekvédelem." (Dr. Papp-Ujváriné)

A fogalmi meghatározásokból levezethető, hogy a gondozás több tevékenységet ölel át, így az ápolási feladatokat is.
A szociális intézményben élők az ott dolgozó szakemberek segítsége nélkül nehezebben vagy egyáltalán nem tudnák az életüket megfelelő színvonalon élni.
Ezért nagyon fontos, hogy a velük foglalkozó segítők: ápolók, gondozók, mentálhigiénikus munkatársak, gyógytornászok és más szakemberek ismerjék ezeket a fogalmakat, ezeket a gyakorlatban alkalmazzák a tevékenységek végzése során.

A fejezethez használt ppt: 1-13.

A fejezethez használt handout: 1-3.

Felhasznált irodalom:

1/2000 (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
Rácz Tiborné (1197): Gondozási ismeretek INTER TECHNO-H Kft. Budapest
Tamás Béláné: Gondoskodás, gondozás, ellátás, szolgáltatásnyújtás intézményi keretek között
Tamás Béláné: Foglalkoztatás a gyakorlatban, önellátás, önkiszolgálás, mint a foglalkoztatás része
Ajánlás a gondozási tervek elkészítéséhez – TÁMOP-5.4.12-14/1-2005-0003 Idősügyi munkacsoport
Lipienné Krémer Ibolya–Ridegné Cseke Irén (2017): Betegmegfigyelés, Műszaki Könyvkiadó
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
AEEK, Egészségtudományi fogalomtár
Dr. Papp Katalin, Ujváriné Dr. Siket Adrienn (2014): Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
Dr. Bokor Nándor(2009): Általános ápolástan és gondozástan, Medicina

II. Mobilizálással, betegmozgatással kapcsolatos feladatok megjelenítése az intézményi, szolgáltatói dokumentációban

II/1 Egyénre szabott gondozási terv kialakítása: egyéni gondozási terv, egyéni fejlesztési terv, egyéni rehabilitációs terv tartalmi megfeleltetése. Hogyan készítsünk jó gondozási tervet?

A szociális gondoskodás és a gondozási tevékenység dokumentált formája a gondozási terv, mely a szociális intézményekben az alapdokumentáció részét képzi, mely többszörös szereppel is bír.
Egyrészt ezekben a dokumentumokban követhetjük nyomon egy ellátott intézményen belüli életútját, állapotának változásáról és a megtett intézkedésekről is releváns képet kapunk, illetve az esetlegesen felmerülő probléma esetén, nyomon követhetőséget biztosít.
Másrészt a hatóságok, fenntartó szakmai ellenőrzése során ezek az írásos dokumentumok szolgálják a szakmai előírások betartásának igazolását, teljesítését, azaz az ellenőrző szervek számára alapvető dokumentum.

A gondozási terv készítésének első lépése

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló **9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet** (továbbiakban: Rendelet) határozza meg a bentlakásos intézménybe kerülés előtti **előgondozás elvégzésére jogosult személyeket, az előgondozás célját.**
Az előgondozás során kezdődik el a majdani igénybe vevő általános állapotfelmérése, mely alapjául szolgál a megfelelő gondozási terv elkészítésének és megvalósításának.

A rendelet értelmében az előgondozás célja:

„a) *az elhelyezést igénybe vevő helyzetének megismerése annak megállapítása céljából, hogy az igénybe vevő állapotának és szükségleteinek megfelel-e az intézmény szolgáltatása,*

b) a szolgáltatás biztosítása előtt tájékoztatás nyújtása az elhelyezést igénybe vevő részére az intézményi életre való megfelelő felkészülés érdekében,

c) annak vizsgálata, hogy az ellátást igénybe vevő életkora, egészségi állapota, valamint szociális helyzete alapján jogosult-e az ellátásra.”

d) a szolgáltatás biztosításának előkészítése az igénybe vevő részére a fogadó intézményben,

e) az intézményben élők és dolgozók felkészítése az új igénybe vevő fogadására, az intézménybe történő beilleszkedés zavartalan biztosítása.

Az intézményi elhelyezést megelőző eljárás során nagyon sok olyan információhoz jutunk, amely meghatározó szereppel bír a továbbiakban. Az előgondozás, a személyes interjú, az orvosi vizsgálatok dokumentációja, illetve a családdal folyatatott beszélgetés számos olyan információt rejt magában, mely a megfelelő és hatékony gondozási terv elkészítéséhez releváns.
Ezek közül az aktuális fizikai és egészségi állapotra vonatkozó adatok primer szereppel bírnak. A mentális állapot felmérése tartalmazza az olyan alapvető tudnivalókat, mint például a kommunikációs készség és képesség, a tájékozódási képesség, a kapcsolattartási képesség, stb.
A foglalkoztatásra irányuló felmérés az érdeklődési körre, képességekre, szabadidőre, hobbira, stb. vonatkozó információkra irányul.

A gondozási terv célja

A gondozási terv egyénre szabottan kell, hogy meghatározza az ellátásban részesülő állapotának megfelelő gondozási, ápolási, fejlesztési feladatokat és azok megvalósításának módszereit.

- Egyénre szabott feladatok meghatározása,
- teljes körű, tervezett ellátás biztosítása (fizikai, mentális, egészségi),

- kedvező irányú változások elérése/jelenlegi állapot megtartásának eszközei, módszerei,
- az egyén szükségleteihez igazodó, holisztikus szemléletű ellátás biztosítása.

A megfelelő gondozási terv elkészítésének az alapja a megfelelő állapotfelmérés.
A megfelelő, tervszerű és megvalósítható egyéni gondozási terv elkészítésekor az alábbi négy kérdésre adott releváns, átgondolt válasz ad segítséget:

- **Miért/miben** igényli az ellátott a segítséget? Mi a gondozási probléma?
- **Mit** szeretnénk elérni? Célok megfogalmazása.
- **Hogyan** tudjuk ezt megvalósítani? Konkrét tevékenység meghatározása. Módszerek keresése, megvalósítása.
- **Mikor?** Időbeli ütemezés.

A Szakmai rendelet alapján gondozási tervet kell készíteni a szakosított intézményi ellátásban részesülő személyre vonatkozóan, mely alól kivételt képez:

- idősotthoni ellátásban részesülő gondozási szükséglettel nem rendelkező személy és a támogatott lakhatás vagy szakápolási központ ellátását igénybevevő személy,
- az idős, fogyatékos, pszichiátriai vagy szenvedélybeteg személyek részére átmeneti elhelyezést biztosító intézményi ellátásban részesülő személyre vonatkozóan, ha az ellátást legalább hat hónap időtartamra veszi igénybe, valamint a hajléktalan személyek átmeneti szállásán ellátásban részesülő személyre vonatkozóan, ide nem értve a külső férőhelyen nyújtott ellátást,
- az alapszolgáltatásban részesülő személyre vonatkozóan akkor, ha azt a rendelet kötelezővé teszi.

A gondozási tervet az ellátás igénybevételét követően **egy hónapon belül kell** elkészíteni.

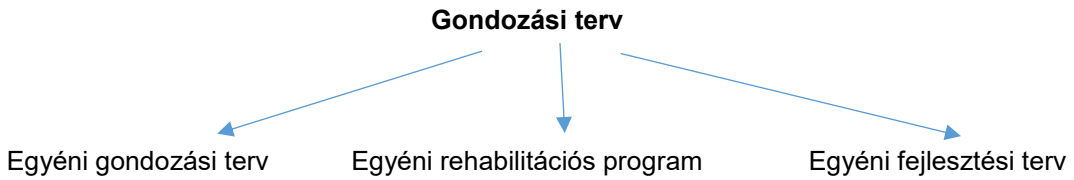
A terv elkészítéséről és az abban meghatározott feladatok teljesítéséről tartós bentlakásos, illetve átmeneti intézményi ellátásban részesülő személy esetén az intézmény vezetője gondoskodik.
A gondozási tervet, illetve annak módosítását az ellátást igénybe vevő személlyel, illetve törvényes képviselőjével közösen kell elkészíteni, hisz az eredményesség feltétele az ellátást igénybe vevő aktív közreműködése.

A gondozási terv kidolgozását munkacsoport végzi, amelyben az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember, valamint az intézményvezető által kijelölt szakemberek vesznek részt (pl. orvos, gyógypedagógus, foglalkoztatás vezető, mentálhigiénés szakember).

A gondozási terv típusai

A gondozási tervből az igénybevételhez illeszkedő, intézménytípusra előírt gondozási tervtípust kell elkészíteni, mely meghatározza az ellátásban részesülő állapotának megfelelő gondozási, ápolási, fejlesztési feladatokat és azok megvalósításának módszereit.

A szakmai rendelet a gondozási terv esetében három fő típust különböztet meg.



A Szakmai rendelet szerinti definíciók

Egyéni gondozási terv – *„a fogyatékos személyek otthona és a szakápolási központ kivételével - az ápolást, gondozást nyújtó intézményben elhelyezett, valamint az alapszolgáltatást igénybevevők esetében a gondozási terv elkészítése csak akkor szükséges, ha azt a Szakmai rendelet kötelezővé teszi*."

A jelenleg hatályos jogszabály értelmében ezt a dokumentációt alapszolgáltatásban a közösségi pszichiátriai ellátásban részesülő személyre vonatkozóan kell elkészíteni. A gondozási terv elkészítésébe, módosításába be kell vonni az ellátott lakókörnyezetében megtalálható önkéntes segítőket, így különösen a családtagokat, szomszédokat és egyéb, az ellátottal kapcsolatban álló önkéntes közreműködőket és a közösségi munkacsoport tagjait.

2020. február 4-től az intézmény vezetője a nappali ellátást nyújtó intézményekben a szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter által meghatározott, a Szociális Ágazati Portálon közzétett látogatási és eseménynaplót vezeti.

Az egyéni rehabilitációs program – „*a fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye kivételével - a rehabilitációs intézményben elhelyezett személy számára nyújtott életvezetési, pszichés, mentális, szociális, a foglalkoztatáshoz való segítségnyújtást tartalmazó dokumentáció."*

Az egyéni fejlesztési terv „*a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, valamint a fogyatékos személyek otthonában, illetve a lakóotthonban elhelyezett személy részére az egyénre szabott bánásmód leírását, az önellátási képesség fejlesztését tartalmazó dokumentáció. Az egyéni fejlesztési terv az ellátott személyről készített (gyógy) pedagógiai, egészségi és mentális állapotra vonatkozó jellemzés alapján készül."*

A Szakmai rendelet alapján *„amennyiben a rehabilitációs intézményben, a pszichiátriai betegek otthonában, valamint a fogyatékos személyek otthonában ellátott személynek más szociális intézménybe történő áthelyezése javasolt, úgy az ellátott részére ezen intézménytípusra előírt gondozási tervtípust kell elkészíteni."*
(4. számú handout)

A gondozási terv tartalma

A gondozási terv tartalmát egyénre szabottan, a felmért szükségletekhez igazodóan kell meghatározni, illetve elkészíteni.
Az ellátottal kapcsolatos gondozói megfigyelés, az intézménybe kerülés 1 hónapja alatt kirajzolja az előgondozás során begyűjtött információkkal együttesen a gondozási problémák meghatározását, illetve a komplex gondozás valamennyi elemének megfelelő tartalommal való feltöltését.
A gondozás tervezése egy teljes körű folyamat, mely magában foglalja a feladatok meghatározása mellett a célkitűzéseket és a megvalósításhoz szükséges módszereket, valamint a gondozás hatékonyságának a mérését is.
Minden egyes gondozási problémára megoldási javaslatot kell tenni, azaz célkitűzést kell megfogalmazni, mely a későbbiekben a hatékonyság mérését is szolgálja az elért eredmények vizsgálata során. A célkitűzések során figyelembe kell venni, hogy megvalósíthatók legyenek, az ellátott képességeit/készségeit valóságosan és reálisan tükrözze.
A célok elérésére definiált módszereknek megalapozottnak, és magától értetődőnek kell lennie az érthetőség és az átláthatóság miatt.
A gondozás hatékonyságának mérése miatt a tervezésnél szükséges meghatározni az értékelés idejét.
A vonatkozó jogszabály alapján ez ½ év, illetve 1 év, valamint az ellátott állapotváltozása esetén szükség szerint.

A gondozási terv módosítására több okból kerülhet sor:

- Elértük a kitűzött célt,
- a megfogalmazott módszerek nem hatékonyak a cél elérésében, a probléma megoldásában,
- a megfogalmazott célok realitásukat vesztették,
- új probléma megjelenése.

Gondozási tervek tartalmi elemei

Az **egyéni gondozási terv** tartalmazza:

- Az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzetét,
- az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatokat, azok időbeli ütemezését,
- az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemeit.

A gondozási terv elkészítésekor a célcsoport és ellátás jellegzetességeit figyelembe véve kell eljárni.

Az **egyéni rehabilitációs program** tartalmazza:

- *„A segítségnyújtás formáit, a rehabilitáció egyes elemeinek meghatározását a segítő folyamatban.*
- *A rehabilitációval elérendő rövid és hosszú távú célok meghatározását, a várható eredmények elérésének módját, időtartamát, ütemezését, a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket.*
- *A konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait, szükség esetén, az intézményen kívüli élet, vagy a védett környezetben történő életkörülmények kialakításának módjait.*
- *Az ellátást igénybe vevőnek a társadalomba, a korábbi közösségébe történő visszailleszkedése érdekében szükséges, koordinált intézkedéseket.”*

Az **egyéni fejlesztési terv** *a „fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, valamint a fogyatékos személyek otthonában, illetve a lakóotthonban elhelyezett személy részére*

- *az ellátást igénybe vevő állapotának leírását és az abban bekövetkezett változást, az egyéni fejlődést,*
- *az egyénileg szükséges külön szolgáltatásokat, pedagógiai, mentális, egyéb segítségnyújtási feladatokat, azok időbeli ütemezését, a foglalkoztatásban való részvételt,*
- *szükség szerint az új szolgáltatás vagy az új ellátási forma igénybevételére való felkészítést,*
- *a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,*
- *a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait.”*

Összegzés az egyénre szabott gondozási tervvel kapcsoaltban

A szakosított ellátás akkor vehető igénybe, ha a rászorult személyről az alapszolgáltatás keretében már nem lehet gondoskodni; így állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell számukra segítséget biztosítani.
A bentlakásos intézmény az ellátást igénybe vevő részére a teljes körű ellátás biztosításával nyújt segítséget.
Az ellátást igénybevevőt szociális, testi és szellemi állapotának megfelelő egyéni bánásmódban kell részesíteni.
A bentlakásos intézmény munkatársainak mindent meg kell tenni az ellátást igénybe vevő testi-lelki aktivitása fenntartásának, megőrzésének érdekében.

A szakosított ellátást nyújtó bentlakásos intézmények célja az ellátottak komplex ellátása.
(5. számú handout)

II/2. Intézményi dokumentációk

A szakosított intézmények tekintetében vezetett dokumentációk
A gondozási terv alkalmazása mellett a szakosított ellátás keretében kötelezően vezetett dokumentációk:

- sorszámozott eseménynapló
- egyéni gyógyszer-felhasználási nyilvántartó lap
- egészségügyi személyi lap (orvosi, egészségügyi dokumentáció).

Az intézmények ezeken felül saját hatáskörükben további dokumentációkat vezethetnek, azonban ezeknek a dokumentációknak összhangban kell lenniük egymással.
Nem célszerű sok dokumentációt vezetni, mert az adminisztráció hosszadalmas és a sok dokumentáció bonyolultabbá teheti a tevékenység elvégzését.

Szakápolási tevékenységet csak azon intézményekben lehet végezni, amelyek a tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkeznek.

Az alapápoláshoz tartozó feladatok dokumentálása (pl.: fiziológiás szükséglet kielégítése, I., II. stádiumú nyomási fekély kezelése, intramuscularis injekció beadása) azonban itt is szükséges.
Az intézmény által rendszeresített helyi dokumentációban és az ellátott egészségügyi dokumentációjában kell rögzíteni az elvégzett tevékenységet.

Szakápolási tevékenység végzése esetén ápolási dokumentációt kell vezetni, mely az egészségügyi dokumentáció része.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet 4. sz. melléklete rendelkezik az ápolási dokumentáció tartalmi elemeinek kötelező minimumáról, az alábbiak szerint:

„1. Az ápolási tevékenységről teljes körű ápolási dokumentációt kell vezetni. Teljes körű az ápolási dokumentáció, ha tükrözi az ápolási folyamat minden elemét, valamint tartalmazza az ápolási és gondozási tevékenységet ellátó valamennyi egészségügyi dolgozó speciális szakmai feljegyzéseit…

2. Az ápolási dokumentáció célja:

a) rendezett adatgyűjtés a beteg ápolási szükségleteinek és ellátási igényeinek feltárására, megállapítására,

b) az ápolási feladatok tervezéséhez és meghatározásához szükséges és elégséges információk halmazának kezelése,

c) az ápolási szolgáltatások teljesítésének dokumentálása, a felelősség megállapíthatósága,

d) a biztonságos és megfelelő szakmai kommunikáció,

e) az ápolási és egyéb egészségügyi szakdolgozói tevékenységek és szolgáltatások

ea) ellenőrzésének,

eb) értékelésének,

ec) költségfigyelésének,

ed) statisztikai elemzésének,

ee) tudományos kutatásának

támogatása,

f) a minőségügyi megfelelőség bizonyítása,

g) a jogszabályi előírásoknak való megfelelés.

3. A teljes körű ápolási dokumentáció szerkezeti és tartalmi elemeiben az aktuális egészségügyi szolgáltatás szakmai specifikumainak tükröződniük kell…

4. Az ápolási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai:

a) Minden ellátási eseményt annak kell dokumentálnia, aki azt észlelte, megállapította, mérte, végrehajtotta.

b) Az ápolói beavatkozások és az ellátási események, jelenségek időbeni folyamatát az ápolási dokumentációnak pontosan kell tükröznie.

c) A lényeges ápolói beavatkozások vagy ellátási események időpontját percnyi pontossággal kell dokumentálni. A lényeges ápolói beavatkozások meghatározását az adott osztály profiljának megfelelően belső szabályozás rögzíti.

d) Az adott tevékenységet, ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt azonosításra alkalmas módon kell aláírnia, azzal, hogy informatikai eszközzel vezetett dokumentáció esetén nevének rögzítése szükséges.

e) Az ápolási dokumentációt csak jól olvasható, tiszta, világos, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel stb.) lehet vezetni.

f) Informatikai eszközzel vezetett ápolási dokumentáció esetén a számítógépes programnak alkalmasnak kell lennie a bejegyzések időpontjának és a bejegyzést végző személy nevének rögzítésére és naplózására.

g) Esetleges tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait. Az egészségügyi dokumentációban szereplő hibás egészségügyi adatot - az adatfelvételt követően - úgy kell javítani vagy törölni, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.

Az ápolási dokumentáció kötelező tartalmi elemei

1. Az azonosítást szolgáló adatok

2. Az ápolási folyamat dokumentálása

2.1. Az ápolási helyzetfelmérés adatai

Az ápolási anamnézis felvételének időpontja dátum, óra, perc pontossággal, mely történjen meg 4 órán belül, amely nem feltétlenül kell, hogy azonos legyen az orvosi felvétel időpontjával.

Az ápolást jelentősen befolyásoló tényezők adatai közül:

a) a beteg egészségi helyzetét és az ápolást jelentősen befolyásoló szomatikus és pszichés tünet/panasz/állapot,

b) az önellátás foka és mértéke, területei,

c) lényeges egészségkárosodások,

d) veszélyeztető állapot adatai.

2.2. A beteg ápolási tervének meghatározása

a) Közvetlenül az ápolási helyzetfelmérés után az ápolónak elemeznie és értelmeznie kell az összegyűjtött adatokat, és ennek alapján meg kell állapítania az ápolási diagnózisokat, priorizálva azokat.

b) Ha az ellátás során változik a beteg ápolási szükséglete, vagy az egészségi problémára adott reakciója, akkor azt be kell jegyezni az ápolási dokumentációba, a változás időpontjával együtt.

2.3. Az ápolás céljának meghatározása

a) A beteg ápolási szükségleteinek alapján meg kell fogalmazni az ápolás céljait és elvárható eredményeit.

b) Az ápolónak ennek alapján célzottan kell az ápolói beavatkozásokat és ápolási eljárásokat megválasztania.

2.4. Ápolási beavatkozások tervezése

A felmért szükségletek alapján az ápolási diagnózisoknak megfelelően a cél elérése érdekében tervezett ápolói beavatkozások összessége, beleértve az ápolási tevékenységben közreműködőket is.

A 2.2, 2.3., 2.4. pontok egységként kezelve, dátummal, aláírással ellátva.

2.5. Az ápolási folyamat értékelése

Az ápolási célkitűzések megvalósulásának értékelése. Ideje: a megvalósulás ideje, elbocsátáskor, szükségletekben bekövetkező változások. Amennyiben az ápolási célkitűzést nem sikerült megvalósítani, úgy a szükségletek újra felmérésével az ápolást újra kell tervezni.

3. Napi ápolási tevékenység dokumentálása

A napi ápolási lap tartalmazza: az orvos elrendelésének és a beteg állapotának megfelelően az ápolási megfigyelések pontos dokumentálását, az ápolói tevékenységek pontos megjelölését, a betegmegfigyelés eredményeinek dokumentálását, a tevékenységgel összefüggésben esetleg

bekövetkező rendkívüli eseményt és az ezzel kapcsolatos ápolói/orvosi intézkedés adatait, idejét, azonosítható aláírást. Belső szabályozás szerint, az osztály profiljának megfelelően kell szabályozni a különböző betétlapok szükségességét (decubitus dokumentáció, intenzív észlelő lap, mobilizációs lap, folyadék lap, transzfúziós észlelő lap).

4. Távozási dokumentáció…"

Az ápolási dokumentáció vezetése 2014. óta kötelező.

(6. számú handout)

II/3. Team munka a gondozási terv elkészítése, megvalósítása, értékelése és módosítása során

Ahhoz, hogy minden ellátott számára egyénre szabott gondozási terv tudjon készülni, szükséges a gondozott teljes körű ellátásában résztvevő szakemberek közös, átfogó tevékenysége.

Team

Egy összetett feladat megoldására létrejött, különböző szakterületeken tevékenykedő, eltérő beosztású, de egyenrangú személyek, csoportja.
A team tagok, **egymás mellé rendelve**, partnerekként dolgoznak a kitűzött cél elérése érdekében, ki-ki a saját kompetenciáján belül, önállóan.
A csoport **közösen határozza meg** a célt és a cél elérése érdekében végzendő feladatok elosztását, valamint az eredményesség értékelésének a módját. A feladatmegoldás fontos szempontja a **kompetenciahatárok** kijelölése, tiszteletben tartása, egymás szakmai tudásának elismerése.
A team tagja lehet az ellátott érdekében közreműködő szakember, mint például a háziorvos, pszichológus, mentálhigiénikus, gyógytornász, logopédus, szociális munkás, gerontológus stb.
Így a szociális gondozó és ápoló is, a feladatkörébe tartozó tevékenységeket, a team tagjaként önállóan végzi, rendszeresen konzultálva a nehézségekről, eredményekről a team többi tagjával.
A team összetétele gondozottanként, a szükségleteknek megfelelően változó. Ugyanazon gondozottnál is változhat az összetétel, az állapotváltozásától függően.

A szociális gondozó és ápoló minden esetben a team tagja, mivel ő rendelkezik a legtöbb információval a gondozottról.

Kompetencia és együttműködés

Kompetencia: alkalmasság, ügyesség, hozzáértés
A szociális szakember munkájának azon eszközrendszere, mely tudása, szakképesítése és az adott intézményben a felhatalmazás alapján a tevékenysége kiterjedhet.
Minden kompetencia összetett tudás, komplex egyéb készségek, képességek, rutin szerint működtetett cselekvések, ismeretek halmaza, mely komponensek önállóak, ugyanakkor egymásra hatással vannak.

Együttműködés: a szociális szakembernek a saját intézményén belül, más szakterületen dolgozókkal, más intézmények munkatársaival, hatóságnál dolgozókkal a kliens érdekében együtt kell dolgoznia.
Az együttműködés a hatékony, komplex munka alappillére.
Amennyiben az intézmény munkatársai a célok/feladatok elérése érdekében együttműködnek, egymás munkáját támogatják, egy hatékony, célorientált, az ellátottak jólétét szolgáló munkavégzési folyamat részesei tudnak lenni.

A munkahelyen a munkatársak szoros kapcsolatban állnak egymással, folyamatos hatást és kölcsönhatást gyakorolnak egymásra.

Az ápolási dokumentáció elkészítéséhez is szükséges a team munka.
Az ápolási dokumentációt szakápoló készíti, az intézményvezető ápoló jóváhagyásával.

II/4. Korlátozó intézkedések és az egyén mobilizálásának kapcsolata

Az ellátott dokumentációjában - ápolási dokumentáció, gondozási lap, egészségügyi dokumentáció, egyéb, az intézményben rendszeresített dokumentáció - amennyiben korlátozó intézkedést szükséges alkalmazni a gondozás során, a korlátozás a megfelelő dokumentumban rögzíteni szükséges.

A korlátozó intézkedések rendjéről jogszabály rendelkezik.
A szociális intézményekben alkalmazni szükséges az alábbi jogszabályokban foglaltakat:

- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényt,
- A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendeletet és a
- A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendeletet.

A mobilizálás és a beteg mozgatása során előfordulhat, hogy olyan mozgást segítő eszközt, vagy éppen a biztonsági szükségletet kielégítő eszközt (ágyrács) kell használni, mely korlátozza az ellátott szabad mozgását. Ez nem minősül klasszikus korlátozásnak, de itt is szem előtt kell tartani az érvényes jogszabályi rendelkezéseket.
Az Eü. törvény rendelkezik a betegek jogairól, a 10. § (4) és (5) bekezdése az alábbiakat mondj aki:
*„**A beteg személyes szabadsága** - ellátása során - fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel vagy eljárásokkal **kizárólag sürgős szükség esetén[1], illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható. Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű korlátozó intézkedést tilos alkalmazni. A korlátozó intézkedés csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll.***
*Korlátozó módszerek vagy eljárások alkalmazását - ha e törvény kivételt nem tesz - a beteg kezelőorvosa rendeli el. A kezelőorvos az alkalmazást megelőzően, - amennyiben ez nem lehetséges az alkalmazás megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül - rögzíti az egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát. **Állandó orvosi felügyelet hiányában - kivételesen indokolt esetben - ideiglenesen szakápoló is elrendelheti a korlátozást. A korlátozásról a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek azt tizenhat órán belül írásban jóvá kell hagynia. Ennek hiányában a korlátozást meg kell szüntetni. Korlátozó módszerek és eljárások alkalmazása esetén a beteg állapotát és testi szükségleteit rendszeresen - a szakmai szabályoknak megfelelően - ellenőrizni kell. A beteg egészségügyi dokumentációjában az ellenőrzés tényét és eredményét fel kell tüntetni.”***
Ha a pszichiátriai betegnél szükség van mobilizálásra, ott fel kell tudni mérni, hogy fenn áll-e a veszélyeztető[2] vagy a közvetlen veszélyeztető magatartás[3], valamint, ha az adott beteg/ellátott korlátozás alatt áll, abban az esetben milyen mobilizálás és betegmozgatás alkalmazható.
Erről mindig az intézmény orvosának, vagy az intézmény szakorvosának kell döntést hoznia, melyet írásban rögzít a dokumentációban.

A korlátozó intézkedés alkalmazásáról a szolgáltatást nyújtónak részletes eljárásrendet (protokollt, szabályzatot, útmutatót) kell kialakítania, mely a házirend mellékletét képzi.

---

[1] *sürgős szükség*: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne;

[2] *veszélyeztető állapot:* az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene;

[3] *közvetlen veszélyeztető magatartás:* a beteg - akut mentális zavara következtében - saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § *b)* pontja szerinti azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el;

A korlátozó intézkedés foganatosítását dokumentálni kell, a jelenleg érvényben lévő dokumentum a Szociális Ágazati Portálon található.
A korlátozó intézkedés elrendeléséről az ellátottjogi képviselőt, valamint a hozzátartozót/törvényes képviselőt értesíteni kell.
Amennyiben az ellátottat kerekesszékhez szükséges rögzíteni ahhoz, hogy az intézményben a helyváltoztatása során ne szenvedjen el balesetet (pl. székből való ki-lecsúszást), a rögzítést az alábbi eszközökkel lehet kivitelezni:

- has-csípő-gát rögzítőpánt,
- rögzítő mellény,
- 4 pontos rögzítőpánt,
- törzstámasz,
- vállhám,
- combtámasz.

Kerülendő és tilos a „házilag" készített eszközök alkalmazása, például: pizsamanadrág, köntös öv, géz.
A rögzítés alatt biztosítani kell a testfelület viszonylagos szabad mozgását.
Biztosítani kell, hogy ne legyen szoros a rögzítés, az a bőrön, az ízületekben kárt ne okozzon, nyomási fekély ne alakuljon ki.
A rögzítést orvosi javaslatra meghatározott ideig szabad alkalmazni.
A rögzítéshez használt segédeszköz helyes felhelyezését meg kell tanítani a dolgozónak.
A rögzítés alatt az ellátott megfigyelése szükséges, lehetőség szerint egyedül ne tartózkodjon.
A kerekesszékhez való rögzítés nem egyezik meg az ellátott mozgatásával, a műveletek (ágyból való kiülés, a kerekesszékben való helyzetváltoztatás és az ágyba történő visszafekvés) nem váltják ki a mobilizációt.
A rögzítés után a megfelelő pihenést is biztosítani kell.
A rögzítést dokumentálni szükséges.

A fejezethez használt ppt: 14- 27.

A fejezethez használt handout:4-6.

Felhasznált irodalom:

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendeletet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól
1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről
Tamás Béláné: Gondoskodás, gondozás, ellátás, szolgáltatásnyújtás intézményi keretek között
Tamás Béláné: Foglalkoztatás a gyakorlatban, önellátás, önkiszolgálás, mint a foglalkoztatás része
Ajánlás a gondozási tervek elkészítéséhez – TÁMOP-5.4.12-14/1-2005-0003 Idősügyi munkacsoport
A gondozási tervről – Napi SzocOkos
Egyes ellátotti célcsoportok (pszichiátriai- és szenvedélybetegek, fogyatékos személyek) sajátosságainak ismerete, öngyilkosságprevenció, krízisintervenció - http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_ECS_PDF_20190906.pdf

III. Egyes ellátotti célcsoportok mobilizálásának összefüggései

III/1. A mozgás szervrendszerének felépítése, feladatai

A mozgás szervrendszerének feladata a hely- és helyzetváltoztatás-, a testtartás és a mozgás biztosítása. A mozgás szervrendszere (csontok, izmok, ízületek) összehangolt módon biztosítja a test mozgását. A mozgás az ember alapvető szükségletei közé tartozik, melynek kielégítésére minden körülmények között törekszik és egészséges személy esetében ez nem is okoz problémát.
Sérülés, betegség, tartós állapotromlás esetén az egyén mozgásában korlátozott lehet, ilyenkor szüksége van segítségre, mely biztosítja számára a megfelelő hely és/vagy helyzetváltoztatást.

A mozgásrendszer két részből áll: passzív- ezek a csontok és az ízületek és az aktív- ezek az izmok.

Csontvázrendszer

Jellemzői:

- Az emberi testben 206 csont van.
- A csontvázrendszer a mozgásrendszer passzív része, a test szilárd vázát adja.
- A csontok védelemi (belső szervek) feladatokat is ellátnak.
- A csontok egy része a vérképzésben is szerepet játszik.
- Anyagcsere (Ca, P) folyamatokban vesznek részt.
- A csontok közötti összeköttetéseknél ízületek vannak, melyek a mozgást biztosítják.

Csontvázrendszer tagozódása:

- Fej csontjai – agykoponya és az arckoponya csontjai, koponyatető és koponyaalap.
- Törzs csontjai – gerincoszlop, mellkas (bordák és a mellcsont), vállöv.

  Gerincoszlop: 33-35 csigolyából áll, kettős S alakú görbülete van, részekre tagolódik, benne csatorna van, itt helyezkedik el a gerincvelő.

  Gerinc mozgásai: előre- hátrahajlás, oldalirányú hajlások, forgó mozgás, rugózás.
- Végtagok csontjai.

Ízületek

A csontok közötti összeköttetést biztosítják.

Az ízületet összetartó tényezők:

- ízületi tok és szalagok
- az ízületet körülvevő izmok, inak és a bőr
- a belső légüres tér és a külső légnyomás
- az összetartó erő-hatás, amelyet a benne lévő folyadék vált ki

Ízület mozgása lehet:

- Hajlítás- flexio
- Feszítés- extensio
- Távolítás- abductio
- Közelítés- adductio
- Forgás- rotatio

Ízületek:

- hengerízület pl. ujjpercek között
- tojásízület pl. csukló
- nyeregízület pl. hüvelykujj
- gömbízület pl. váll és csípő

Izomrendszer

Jellemzői:

- A mozgásrendszer aktív része, összehúzódva a mozgás passzív szerveit a csontokat mozgatják.
- A csontvázzal szoros kapcsolatban van.
- Feladata az ízületek rögzítése, mozgás, testtartás, erőnlét, anyagcsere, hőtermelés, vérkeringés serkentése.
- Kb.350 db izom van az emberi testben ez a testtömeg 1/3-a.
- Izmokat inak rögzítik a csontokhoz.
- Az izmok csontról erednek és tapadnak, lefutásuk közben legalább egy ízületet áthidalnak és az áthidalt ízületben mozgást hoznak létre.
- Az izmok viselik a test súlyának egy részét is, fenntartják az egyensúlyi helyzetet.
- A nagy testüregek falát képezik, és segítik egyes belső szervek működését.
- Meghatározzák a test idomainak alakját, nagyságát és körvonalait is.
- Az izmok állandó kisfokú összehúzódásban vannak, amit izomtónusnak nevezünk.
- Az izmokat három csoportba soroljuk (simaizmok, harántcsíkolt izmok, ezek a vázizmok, szívizom).

Az izomrendszer tagozódása:

- Fej izmai (rágóizmok, mimikai izmok),
- törzs izmai (mellkas izmai, hátizmok, bordaközi izmok, hasizmok), és a
- végtagok izmai (karokat és a lábakat mozgatják, hajlító- feszítő izmok, csoportosan működnek, egymással ellentétes hatású izmok egyszerre nem húzódhatnak össze).

Testtartás, mozgás, járás

A mozgást, az ember aktivitását több tényező befolyásolja, ezek közül a legjellemzőbb:

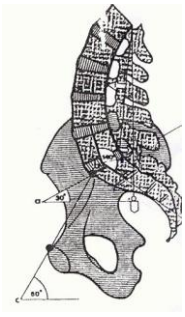
- Életkor, fizikai állapot, testsúly,
- betegség, annak kiterjedése, súlyossága,
- egyén mentális állapota,
- egyén szociális helyzete.

a) Testtartás

Különböző testrészek egymáshoz való viszonya.

A testtartást meghatározó tényezők:

- fiziológiás fokérték (medence dőlésszöge, keresztcsont dőlésszöge, alsó gerinc szakasz szöge)



(elitmed.hu)

- biomechanikai tényezők - testrészek elhajlása, a testrészek által bezárt szögek a test síkjaihoz képest.

„Az álló testhelyzet normális, ha

- *a láb három ponton támaszkodik a talajra (sarokcsonton és az I. és V. lábközépcsonton).*
- *a lábszár a lábbal 90^0-os szöget zár be,*
- *a térd-és a csípőízületben minimális, néhány fokos hajlítás látható,*
- *oldalról nézve a has kényelmesen behúzott állapotban van,*
- *a medence kb. 60^0-ot dől előre…,*
- *a gerinc görbületei kiegyensúlyozottak…,*
- *a mellkas emelt,*
- *a kar, alkar, kéz a törzs mellett lóg, a tenyér a comb felé néz,*
- *a fejen az áll kissé behúzott állapotban, a homlok enyhén előrehelyezett állapotban van,*
- *elölről nézve a súlypont a középvonalba esik.*

Járás közben normális, ha

- *a test harmonikusan,*
- *kóros kilengések nélkül mozog."*

(Lipienné–Ridegné 2017)

A testtartás rendellenességei

Tartási hiba - gerinc természetes görbületeiben változás következik be: gerincnek anatómiailag kétszeres S alakú görbülete van - a nyaki szakaszon, enyhe ívű homorulat, a háti szakaszon enyhe ívű domborulat, a deréktájon újabb homorulat, majd a keresztcsonti és farokcsonti szakaszon ismét domborulat található. Ez adja a gerinc rugalmasságát. A harmonikus testtartásért a gerincoszlop mellett az izmok működése is felelős.

Tartási hiba pl. a hanyag tartás, gerincferdülés, melynek oka lehet az inaktivitás és egyéb tényezők együttes jelenléte pl. túlsúly.

Mozgás jellemzői

A mozgás alapvető emberi szükséglet. Az intézményben élők számára a szabad mozgás biztosítása adott. Általában a legtöbb ellátott a mindennapi élete során nem igényel különösebb segítséget ezen szükségletük kielégítésében. Bizonyos élethelyzetekben pl. baleset után, testi fogyatékosságuk következtében, vagy előrehaladott életkorukban szükségessé válhat ezen szükséglet részleges vagy teljes kielégítése a személyzet részéről.

A betegmegfigyelés során az alábbiakra kell odafigyelnie az ápolónak/gondozónak:

- A helyzetváltoztatást, a mozgást az érintett megtudja-e oldani, ha nem miben kell őt segíteni?
- Bekövetkezett-e hirtelen állapotváltozás ezen szükségletének kielégítésében, amiről az orvost értesíteni kell?

A mozgás szükségletének kielégítése szempontjából a betegmegfigyelés az alábbi területekre térjen ki:

- Életkor,
- mozgásigény,
- kóros mozgásrendszeri eltérések (veleszületett, szerzett, régóta fennálló), átmeneti vagy tartós,
- van-e az ízületben kontraktúra[4] (időseknél, fogyatékossággal élőknél gyakori) és ezáltal mennyire tud önállóan mozogni az ellátott,

[4] *kontraktúra*: ízületi mozgásbeszűkülés, mely kialakulhat a mozgás pályájának egy vagy több irányába is

- milyen személyi-és tárgyi feltételek biztosítottak (pl. akadálymentes lift, kerekesszék, támbot, rögzítéshez használt eszközök, az ellátott szobája milyen messze van az étkezőtől, az udvartól, emeleten vagy földszinten helyezkedik el),
- kap-e valamilyen kezelést a mozgásproblémára (gyógyszer),
- a mozgás szükségletének kielégítéséhez szükség van-e más szakember bevonására (gyógytornász, vagy szakrendelőben fizikoterápiás beavatkozás).

Járás jellemzői

„A járás bonyolult mozgásforma, amely az álló helyzetből indul ki. Az elindulás az állás statikus helyzetének megbontásával kezdődik. Induláskor a csípőízület ellazul és folyamatosan kapcsolódik be a térd-boka-lábfej hajlítása, továbbá indítása a járás iránya felé." (Lipienné–Ridegné 2017) járás fontos megfigyelési tényező, bizonyos betegségeknél nagyon jellemző a járás milyensége.

Rendellenes járás típusai

Ataxia: akaratlagos izommozgások koordinációjának zavarából adódó bizonytalan és ügyetlen mozgás. *„A betegség ügyetlenséget eredményez, melyet a beteg koordinációs nehezítettségként,* ***bizonytalan járásként, ügyetlen kézmozgásokként*** *él meg. A bizonytalan járás miatt egyre szélesebb alapon próbál a beteg járni, úgy érzi így könnyebben tartja meg egyensúlyát. Kezek ügyetlenségének következtében a beteg írása megváltozik, csúnyább lesz, gondot okozhatnak a finom kézmozgások, mint például a kanállal való evés, ruhák ki- és begombolása. Központi idegrendszeri ok esetén a beteg beszéde megváltozik, artikulációs nehézségei lesznek, esetleg nyelése is nehézkessé válik, így gyakran nyel félre. Szemmozgás zavar, szemtekerezgés (nystagmus) is gyakran társul ataxiához, ezt a beteg kettőslátásként éli meg, esetleg* ***szédülésről*** *panaszkodik. Izomgyengeség a perifériás idegek bántalma miatt jelentkezhet, ezek mellett az ataxia akkor jelenik meg, ha az idegek károsodása miatt az egyén nem érzi jól a talajt, esetleg az információ a károsodott idegpályákon túl lassan jut el az agyhoz, hogy időben korrigálni tudja a testhelyzetváltozást, így a beteg gyakrabban esik el."* (https://semmelweis.hu/genomikai-medicina/files/2016/05/Ataxiák-betegtájékoztató.pdf)
Oka lehet: tumor, hiánybetegség, alkohol, gyógyszermellékhatás (pszichiátriai szerek).
Parkinson-kór: az agyi ingerületátvivő anyag (dopamin) hiányának következtében alakul ki, melynek jellemző tünete a mozgászavar.
A mozgás rendszerét érintő jellemző tünetei:

- nyugalmi remegés (tremor),
- izommerevség (rigiditás),
- meglassultság (bradikinézia),
- tartási instabilitás (egyensúlyzavar).

A beteg számára a mozgások elkezdése, a felállás, elindulás a legnehezebb.
Jellemző még a görnyedt testtartás. Általában idősebb korban alakul ki.
Sérülések: általában az alsó végtagi sérülések következtében a járás döcögős, sántikálós, a testsúly áttevődik a sérült testfélről az ép testfélre.
Fájdalmas arckifejezés jelenik meg és legtöbbször a sérülés helyén duzzanat, funkció zavar, elszíneződés kíséri.
Durvább traumák esetén jellemző a végtag speciális tartása. Például combnyaktörés esetén az érintett végtag az elesés után szinte azonnal kifordult helyzetbe kerül, megrövidül, a beteg nem tudja megemelni, mozgatni.

III/2. Egyes ellátotti célcsoportra jellemző sajátosságok

Idős személyek

- Időskorban a **személyiség átalakul**- a rugalmasság, az új iránti fogékonyság csökken, a jellemző vonások markánsabbá válnak. **Kognitív változások** következnek be, a rövid távú emlékezet gyengül, szerephez jutnak a hosszú távú memóriában rögzített információk. Az idős ember **tanulási** készsége csökken, az érdeklődése beszűkül.
- A mentális változások mellett **biológiai változások** jelentkeznek.
- Beszűkülnek a **szociális kapcsolatok.**
- Testi változások következnek be (külső változik, érzékszervek működése csökken, belső szervek működése változik).

Fontos

- Az odafigyelés, a testi egészség kontrollja, ápolása, az egészség védelme, vagy a meglévő állapot javítása, szinten tartása,
- az idős ember aktivitásának fenntartása, az agy trenírozása,
- az elmagányosodás elleni küzdelem,
- a vérkeringési rendszer ellenőrzése,
- a mozgás- étrend összehangolása (rendszeres mozgás, egészséges táplálkozás, dohányzás elhagyása, alkohol csökkentése…),
- a megfelelő gyógyszerellátás és orvosi szolgáltatás,
- a közlekedés biztonságossá tétele,
- az elesések kockázatának csökkentése.

Mozgás jelentősége idős korban

- Az izom tömege csökken, az izomrostok átalakulnak (kötőszövet, zsírszövet), az izmok működése csökken, lassul.
- A csontszövet is átalakul, rugalmas anyagai lassan felszívódnak, a csontok merevvé, törékennyé válnak. Gyakoribbá válnak az elesések és ezek szövődménye a törés. Súlyos esetben csontritkulás alakul ki (nőknél gyakoribb).
- Szükséges lenne a mindennapi testmozgás az erőnlét fenntartására. Amit az idős személy meg tud tenni, tegye meg, a készségeit szinten kell tartani. Könnyű séta és a légzőgyakorlatok javítják a légzési- keringési rendszer működését.
- Mozgáshoz szükséges segédeszközök igénybe vétele.
- A tartós ágyban fekvés kerülendő (veszélye lehet pl. a nyomási fekély kialakulása, tüdőgyulladás, ízületek kontrakúrája).

Demens személyek

- Demenciának nevezzük az értelemnek és a kognitív folyamatoknak a hanyatlását.
- Súlyos állapotban a beteg olyan mértékben leépül, hogy önálló életre képtelenné válik.
- A beteg személyisége átalakul, a folyamat elején maga is észlelheti a változásokat, később azonban a betegségbelátás elvész.
- Mindenekelőtt a rövid távú emlékezet, később azonban a hosszú távú memória, a nyelv és a mozgás is érintett, amely csak a betegség előrehaladásával válik feltűnővé.
- A beteg egyre több készséget és képességet veszít el.
- **Nagyon fontos a betegség korai felismerése!**
- Legjellemzőbb tünete a figyelemzavar, az időben/térben való dezorientáltság, memóriazavar, gondolkodás meglassultsága,

- Önellátási zavar, k**óborlás, állandó tevékenységi kényszer**- főleg éjszaka- alvásrend zavara, a valósággal való kapcsolat elvész (**mozaikszerű** lesz) és végül az autonómia is elvész, kiszolgáltatottá válik az egyén.

Mozgás jelentősége demenciában

- Környezet: olyannak kell lenni, amely teret adhat a bolyongásra, ugyanakkor nyugodt és csendes is. Napközben lehetőleg ne a szobájukban legyenek az idősek, mert a szobában való állandó tartózkodás depressziót, inaktivitást, szociális izolációt okozhat.
- Fontos a biztonságos környezet kialakítása (például csúszásmentes padozat, éles sarkok, hibás bútorok ne legyenek a helyiségekben, éjjel indirekt világítás alkalmazása), az elesések kockázatának csökkentése növeli a betegbiztonságot.
- A tájékozódást segíti a felirat, képek, jelzések kihelyezése. Lakószobájukat, ágyukat lehetőleg ne változtassuk.
- Kevés és biztonságos bútorzat szükséges a szobában.
- A demens ellátottnak is legyen strukturált napirendje, az állandó felügyelet biztosítása mellett mindennapi aktivitások valósuljanak meg.
- A megmaradt készségek minél további megtartása fontos (önállóság- evés, ivás, öltözködés, tisztálkodás, ürítés).
- Mozgás, járás lehetőségének biztosítása, nemcsak az épületen belül, hanem az intézmény kertjében. A szabadlevegőn való tartózkodás, a légutak megfelelő átszellőzése fontos.

Pszichiátriai beteg

„A mai felfogás szerint a pszichiátriai betegségek sok tényező együttes hatása következtében alakulnak ki. Ezek az örökletes, alkati és a pszichoszociális tényezők („endogén" belső és „exogén" külső tényezők). Szinte az összes pszichiátriai kórképre igaz." (Irinyi, 2006)

Jelen tananyag nem hivatott a pszichiátriai kórképeket részletezni, azonban néhány, a pszichiátriai betegre jellemző, a mozgáshoz kapcsolódó tünetet, megfigyelést, viselkedésbeli változást megjelenít.

A pszichiátriai beteg szomatikus megfigyelése közé is tartozik a szükségleteken alapuló megfigyelés, többek között a mozgás megfigyelése is és a mozgáshoz kapcsolódó problémák feltárása.

A pszichiátriai betegnél a szomatikus állapotváltozás mellett a pszichés állapotváltozásokat is fontos megfigyelni.

Ilyen például a hirtelen hangulat változása, járás, beszéd változása, az öngyilkosságra figyelmeztető jelek (éjszakai WC-re járás, befelé fordultság, társas kapcsolatok hanyagolása), pszichiátriai betegségre jellemző tünetek (például hallucináció, téveszme, szorongás).

Pszichiátriai beteg mozgászavara adódhat

- Életkorából fakadóan,
- pszichiátriai tünete esetén: pl. alvászavar következtében a nappali tevékenységek lecsökkennek, mozgásszegény életmód alakul ki, vagy
- kézremegés, hevenyen kialakuló izomgörcs, izommerevség, mimikaszegénység, nyugtalanság, tardív diszkinézia[5], mely leggyakrabban az ajkak és a nyelv görcsös, szabálytalan mozgásából (csámcsogás), illetve a kezek és lábak csavarodó mozgásából áll, akatízia - szubjektív, motoros nyugtalanság,
- gyógyszermellékhatás következtében: túl sok gyógyszer ataxiát, Parkinson kórhoz hasonló mozgászavart okozhat.

Mozgás jelentősége pszichiátriai beteg esetén

- Gyógyszermellékhatás esetén kialakuló mozgászavar megfigyelése, annak jelzése és dokumentálása a szakorvos felé (szükségessé válhat például gyógyszermódosítás).
- Mozgászavarból adódó járási bizonytalanság, kézremegésből fakadó finom kézmozgásoknál meglévő bizonytalanság a balesetek kockázatát növeli, vagy az ügyetlen mozgásokból

[5] *tardív diszkinézia*: akarattól független mozgászavar

fakadóan probléma lehet az öltözködés, tisztálkodás, étkezés**. Ettől a pszichiátriai beteg feszült lehet, ami akár verbális vagy egyéb agresszióba is torkollhat.**

- A szakosított szociális intézményben élő pszichiátriai betegek jelentős része fiatal vagy középkorú. Nekik a mozgásigényük magasabb, mint az időseknek. A bezártság, az intézményi életforma, a követendő szabályok számukra sokszor nehezen betarthatóak vagy elfogadhatóak, gyakori az intézményből történő jelzés nélküli eltávozás. Ez nem szorosan a mozgászavarokhoz kapcsolódó probléma, hanem inkább az életvitelhez, a mozgásigényhez, mégis fontos itt megemlíteni ezt a problémát is.
- Ugyanígy nem kötődik szorosan a mozgás problémájához, de szükséges megemlíteni a korlátozó intézkedésekhez kapcsolódó ápolói, gondozói feladatokat. Fizikai korlátozás alatt (rögzítés) az ízületek szabad mozgását biztosítani kell, az ellátott szükségleteit ki kell elégíteni és a szabad mozgásában csak addig lehet korlátozni az ellátottat, ameddig indokolt.

  Büntetés céljából a korlátozás tilos.

Fogyatékossággal élő személyek

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (továbbiakban: FOT) szerint fogyatékos személy: *„az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással - illetve ezek bármilyen halmozódásával - él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja”*

Fogyatékosság típusai

a) Pszichoszociális fogyatékosság (pszichiátriai betegség)
b) **Autizmus és az autisztikus spektrum zavar:** a szociális, kommunikációs kognitív készségek minőségi fejlődési zavara, mely életen át tartó fogyatékos állapotot eredményezhet. Jellemző tünete lehet a sztereotip mozgásos tünetek (pl. kezek röpködő mozdulata, furcsa járás, testtartás).
c) Beszédfogyatékosság
d) Értelmi fogyatékosság
e) Hallássérülés
f) **Látássérülés:** a látássérült emberek a térbeli tájékozódás és az információszerzés terén akadályozottak, lehetnek gyengén látók, vakok vagy aliglátók. A látássérült személynek a mozgásszükséglet kielégítésében biztosan segítségre van szüksége (személyi, tárgyi vagy egyéb). A tájékozódásban segíthet a bot, a segítő kutyák alkalmazása, de fontos a megfelelő helyismeret, és az állandóság.
g) Mozgáskorlátozottság: hely- és helyzetváltoztatás, valamint a kézmozgás zavara. Okai lehetnek például: bénulás (izom, izomcsoportok működési képtelensége- például agyvérzés következtében), szervrendszeri (ortopédiai) elváltozások- gerincferdülés, csípőficam, dongaláb… stb., szerzett végtaghiány (amputáció például baleset, érszűkület miatt), végtaghiány.
h) **Súlyos- halmozott fogyatékosság:** egyidőben két vagy több, egymással nem közvetlen oki kapcsolatban álló különböző fogyatékosság.

Mozgásszükséglet kielégítésének jelentősége a fogyatékossággal élő személyek esetében

- A mozgás szükségletének kielégítése egyénre szabott.
- A mozgás igényét és mértékét team munka keretében kell meghatározni (orvos, ápoló-gondozó, gyógytornász, fejlesztő- gyógypedagógus, egészségügyi ellátó).
- A mozgáshoz (hely-és helyzetváltoztatáshoz) gyógyászati segédeszköz alkalmazása - egyénre szabottan, a mozgás igénye szerint. A segédeszköz használatának megtanítás az ellátott számára.

- A meglévő képességekre épüljön rá a mozgás. A meglévő képességek megtartása, fejlesztése a cél.
- Szükséges a megfelelő környezet kialakítása - akadálymentesítés (épület, lakószoba, közösségi terek, mosdó, WC, kert, szállítás).
  A dolgozók részéről az empátia, a türelem és a segítő kommunikáció nagyon fontos.

(7. számú handout)

Akadálymentesség

A FOT 5. § (1) bekezdése kimondja, hogy „a fogyatékos személynek joga van a számára akadálymentes, továbbá érzékelhető és biztonságos épített környezetre."

Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló 1997. évi LXXVIII. törvény értelmében, „akadálymentes: az épített környezet akkor, ha annak kényelmes, biztonságos, önálló használata minden ember számára biztosított, ideértve azokat az egészségkárosodott egyéneket vagy embercsoportokat is, akiknek ehhez speciális eszközökre, illetve műszaki megoldásokra van szükségük."

Ide tartozik többek között a személyszállító lift, a szintkülönbségek kiegyenlítésére szolgáló rámpa, valamint a közösségi terek akadálymentesítése (küszöbök, ajtók… stb.)

Fejezethez használt ppt: 28-34.

Fejezethez használt handout: 7.

Felhasznált irodalom:

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről
Donáth T. (2015): Anatómia-Élettan, Medicina
Tringer L. (2010): A Pszichiátria tankönyve, Semmelweis Kiadó
Irinyi T. (2006): Pszichiátria szakápolástan, Medicina Kiadó
Lipienné –Ridegné (2017): Betegmegfigyelés, Műszaki Könyvkiadó
EFOP-2.2.0-16-2016-00003 kiemelt projekt Egységes Ápolási Eszközpark Kialakítása – Helyes betegmozgatás
http://emberi-test.uw.hu

IV. A kommunikáció fontossága a napi ápolási-gondozási feladatok ellátásában

A kommunikációs csatorna megválasztása az aktuális cél, a kommunikációs helyzet és a résztvevők függvényében. Időzítés és közvetítés a kommunikációban, információk kiválasztása és rendezése (lényeglátás és kiemelés), hatékony továbbítás, visszacsatolás. A saját szerep fontossága a team munka kialakításakor.

Miért kell erről beszélnünk?

- A szociális szakember, mint kommunikátor egyaránt képes kell, hogy legyen a gondozott, a szakma és saját szakmai személyisége irányába is hatni.
- A kommunikációs kompetencia kialakítása a hiteles szakmai személyiség előfeltétele.
- A kommunikáció alapvető emberi jog, mindenki számára biztosítani kell a megértés, információ- érzelem- és szándékközlés oda-vissza folyamatát.

A kommunikáció életkor és fejlődési állapot függő jelenség, mind a résztvevő szereppartnerek, mind a kommunikációs csatorna, mind a kommunikációs tartalom szempontjából.

A kommunikáció személyközi és társadalmi vonatkozásban számos alapfunkcióval bír:

- információs,
- érzelmi,
- motivációs és ellenőrzési funkció,
- célja a tájékoztatás,
- szocializáció,
- motiváció,
- vita és eszmecsere is,
- az oktatási, nevelési, kulturális és szabadidős helyzeteket is átszövi.

A kommunikáció sokféle információtartalmat jelenthet, a közlésben a teljes, többrétű kommunikációs eszköztár használatával (verbális és nem verbális kifejezésekkel együtt) számos üzenetet jeleníthet meg. A közlés verbális és nem-verbális részei kölcsönösen hatnak egymásra, kiegészíthetik és támogathatják az információ átadását, vagy ellentmondhatnak egymásnak és zavart okozhatnak a kommunikációs folyamatban.
A verbális kommunikáció és a testbeszéd, mint a leggyakoribb üzenethordozók, a feladó és a vevő között lévő közegként biztosítja az információ áramlását.
Amennyiben ebben a folyamatban bármiféle zavar keletkezik, úgy a kommunikáció nehezítetté válik mindkét fél részéről, nem megfelelően tud megvalósulni.
Kommunikációs zavar a szervi, pszichés elváltozások mellett kialakulhat többek között a (szak) zsargonok használata miatt, a közhelyek, a nyelvi szocializációs hiány következtében is.
A kommunikáció diszfunkcióját okozhatja tehát a közös kódok és/vagy a csatorna hiánya/korlátozottsága, míg kommunikációs nehézséget az információk eltérő értelmezése, a helytelen kódolás és az egymás melletti elbeszélés.

A jó kommunikáció alapja a megfelelő csatorna használata mellett az érzelmi támogatás, az empatikus részvétel a kommunikációban és a másik fél megismerése.

A speciális szükségletű kliensekkel való hatékony kommunikáció során a segítő olyan ismeretekkel kell, hogy rendelkezzen, melyek támogatják és lehetővé teszik a fogadó fél valós szükségleteinek és potenciális reakcióinak megértését.

A kommunikáció zavarai

A magánéletünkben folytatott kommunikációk sem zavartalanok a legtöbb esetben, különböző zajokkal vannak tele, melyek nem jelentenek nagyobb problémát számunkra, mivel azokat könnyen tudjuk újraértelmezni, a felmerülő zavarokat tisztázni.

A teljes kommunikáció hiánya ritkán fordul elő (pl: eszméletvesztés, kóma, stb).

Amennyiben a kommunikáció lehetősége beszűkül (pl: idegen ország kultúrája, nyelvezete), abban az esetben a metakommunikáció használatával a viszonyulásmódok közvetíthetők.

Kommunikációs nehézségek adódhatnak különböző betegségek, fogyatékosságok következtében.

A demencia, a szenvedélybetegségek súlyos zavart okozhatnak a feladó és a vevő közti kommunikációban.

Munkánk során képesnek kell lenni a zavarok felismerésére és arra, hogy a gondozott személy számára a lehető legzavartalanabb és egyértelmű kommunikációval biztosítsuk az üzenetek átadását, illetve a tőlük érkező információk dekódolását.

A segítő a kommunikációs folyamatban

A szociális intézményekben dolgozó munkatársak munkájuk során nemcsak a különböző célcsoportokhoz tartozó ellátottakkal működnek együtt, hanem a segítő folyamatokban részt vevő munkatársakkal is, így a kommunikációjuk széles körű. Nemcsak a szakmai nyelvezetet kell megfelelően használni, de kifinomult érzékkel kell az ellátottak/kliensek bizalmát elnyerni és fenntartani.

„A segítő kapcsolat a professzionális segítő és a humán szolgáltatás igénybevevője között létrejött, szabályozott viszonyrendszer, melyben a speciális, célzott kommunikáció eszközeivel történik beavatkozás a kliens/ellátott érdekében”
(Hatékony segítői kommunikáció- http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_OSSZ_HK_Hallgatoi.pdf)

Az ellátottal történő bizalmi kapcsolat kiépítéséhez szükséges, hogy a segítő viselkedése őszinte és hiteles (kongruens) legyen. Tehát a szakmai felkészültség mellett kiemelkedő szereppel bír a kommunikációs kompetencia is. Ezen készségek a teamben végzett munkánk során is kulcsszereppel bírnak, hisz általuk tudjuk a csoport tagjai számára megfelelően megvilágítani a gondozási folyamatba bevont ellátott aktuális helyzetét.

A segítő kommunikációjával szembeni tartalmi követelmények az alábbiak:

- A mondanivaló lehetőség szerint legyen **konkrét,**
- kerüljük az **elvont**, homályos megfogalmazásokat,
- használjunk **egyszerű** példákat,
- sokszor segíthet **a képes kifejezés**, a metafora, de pszichiátriai diagnózissal rendelkező kliens ezt nem tudja mindig megfelelően dekódolni, értelmezni,
- kerüljük az **idegen szavakat,**
- lehetőség szerint **több oldalról** is világítsunk meg valamit, több kifejezéssel írjuk le, ha klienseink érzelmi zavarokkal küzdenek,
- a segítő nyelvezete idomuljon **a kliens nyelvezetéhez**, adottságaihoz (ne akadémiai nyelven írjunk le számára valamit, ha ő alacsonyabban iskolázott),
- legyünk figyelemmel a beszélgetőpartner **privát beszédére** (sajátos fordulatok, kifejezések, esetleg szubkultúra sajátos nyelvezetére).

A segítő szakember képes kell, hogy legyen a **kommunikáció során fellépő zavarok felismerésére és az esetleges konfliktusok kezelésére is.**

Az asszertív kommunikáció

Az asszertivitás jellegzetessége a kölcsönösség, célja a konfliktushelyzet valódi megoldása. A segítő kapcsolatban kizárólag csak győztes-győztes helyzet esetén tekinthető hatékonynak.
Az asszertív viselkedés azt jelenti, hogy magabiztos és egyenes közlésmóddal tudatjuk másokkal, hogy mit szeretnénk, és mit nem szeretnénk.
Az asszertivitás a másik fél jogait is elfogadó, mindkét fél érdekeit kombináló viselkedésmód, mely során a kommunikáció őszinte, nyílt, közvetlen és hiteles.
Az asszertivitás olyan tanulható kommunikációs módszer, amely mások érdekeinek figyelembe vételével ötvözi az önérvényesítést, elősegítve a konfliktushelyzetek megoldását és az erőszakmentes kommunikációt.
Az erőszakmentes kommunikáció módszerének lényeges aspektusa, hogy alkalmazásának nem feltétele, hogy a kommunikációs partner is tudjon és/vagy akarjon erőszakmentesen kommunikálni.
A másik fél helyzetét értelmeznünk kell a kommunikációs kapcsolatban, hogy az annak megfelelő viselkedést kialakíthassuk.
Az asszertív kommunikáció során magabiztosan és egyenesen tudatjuk másokkal, hogy mit szeretnénk, és mit nem szeretnénk, mindezt ítélettől mentesen. Alapvető feltétele az elfogadás, a nyitottság mások nézeteire, véleményére, még akkor is, ha azok eltérőek a sajátunktól.

Asszertív jogok listája - "Jogom van..."

- Kapacitásom meghatározására.
- Hogy tisztelettel bánjanak velem.
- Hogy meghallgassanak és komolyan vegyenek.
- Hogy megfelelően kifejezhessem a véleményemet és érzéseimet.
- Hogy kérjem azt, amire szükségem van.
- Hibázni.
- Háttérben maradni, ha úgy tetszik.
- Elutasítani, vagy tárgyalni.
- Mentegetőzés nélkül kijelenteni, hogy „nem tudom”.
- Gondolkodási időt kérni.

Összegzés:

A speciális szükségletű kliensekkel való hatékony kommunikáció során a segítő olyan ismeretekkel kell, hogy rendelkezzen, melyek támogatják és lehetővé teszik a fogadó fél valós szükségleteinek és potenciális reakcióinak megértését.

A hatékony kommunikáció a mobilizáció során nélkülözhetetlen elem, hisz segítségével az ellátottak bizalmának megteremetése a cél. A kellően alkalmazott empatikus magatartás a gondozó részéről pozitív befolyással bír az ellátott irányába is, hiszen így a könnyebben elkerülhető és kezelhető az agresszívebb viselkedés és konfliktus. Az ellátott elfogadottság érzete pedig inspirálóan hat arra, hogy a mobilizálási feladatok aktív, tudatos részese legyen.

A fejezethez használt ppt: 35-40.

A fejezethez használt handout:-

Felhasznált irodalom:

Kovács Edina Zita: A kommunikáció alapfogalmai és eszközei - https://www.nive.hu/Downloads/Szakkepzesi_dokumentumok/Bemeneti_kompetenciak_meresi_ertekelesi_eszkozrendszerenek_kialakitasa/18_1448_001_101130.pdf
A hatékony segítői kommunikáció-http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_OSSZ_HK_Hallgatoi.pdf
Bányász Ibolya: A kommunikáció csatornái és jellemzői, a kommunikációs készségek fejlesztése
Egyes ellátotti célcsoportok (pszichiátriai- és szenvedélybetegek, fogyatékos személyek) sajátosságainak ismerete, öngyilkosság prevenció, krízisintervenció - http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_ECS_PDF_20190906.pdf
Dr. Exterdéné Zsurkai Ilona-Szarkáné Kövi Márta: Segítő kapcsolat Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatal 2016.

V. A betegmozgatást segítő technikák ismertetése, az aktív és a passzív mozgás hatása az élettani folyamatokra

A mozgás, mint arról a korábbiakban már volt szó, a fiziológiás szükségletek közé tartozik.
A mozgásnak jótékony hatása van az emberi szervezetre, mind fizikailag (vérkeringést serkenti, légzést javítja, mozgásrendszert karban tartja…), mind pszichésen is. Az ember tevékenységei a mozgáshoz köthetőek.
Ha a mozgás szükségletének kielégítésében zavar következik be, átmenetileg vagy tartósan immobilitás - a beteg önállóan nem képes helyét vagy helyzetét megváltoztatni – következik be.

Immobilitás kialakulásának oka lehet

- veleszületett mozgászavar,
- sérülések (végtagtörés),
- műtét,
- legyengült állapot (láz, daganatos megbetegedés),
- idős kor,
- bénulás,
- depresszió…

Immobilitás hatása a szervezetre

- Keringés: keringés lelassul, alacsonyabb lesz a szövetek oxigén ellátottsága. Tartós fekvés esetén az alacsony oxigén ellátottság és a tartós nyomás miatt a nyomásnak kitett helyeken decubitus (nyomási fekély) alakulhat ki. A vénás rendszer elégtelen működése miatt (a vénákban pang a vér, mely rögképződést eredményezhet) a trombózis, embólia kialakulásának veszély megnövekszik.
- Légzés: a tüdő kapacitása csökken, váladék ürülése nem biztosított, tüdőgyulladás kialakulásának veszélye állhat fenn.
- Anyagcsere folyamatok lelassulnak.
- Bélmozgás lelassul, székrekedés alakulhat ki.
- Izomrendszer: tartós inaktivitás következtében az izmok elsorvadnak, izomerő csökken.
- Csontok, ízületek: funkció kiesés miatt a csontok jobban törhetnek, az ízületek sérülése gyakoribb lehet.
- Mozgás során szédülés, járási bizonytalanság, vitális paraméterekben[6] való eltérés figyelhető meg.
- Pszichésen megviselheti az egyént a tartós ágyhoz kötöttség.

Nyomási fekély (decubitus, felfekvés)

Néhány napos mozgásképtelenség esetén már kialakulhat a nyomási fekély.
Elősegítő tényezője lehet:

- immobilitás
- egészségtelen, helytelen táplálkozás (vitaminhiány, kevés folyadék),
- túlsúly, vagy kóros soványság,
- keringési elégtelenség,
- anyagcserebetegség (cukorbetegség),
- legyengült immunitás,
- életkor,
- láz,
- inkontinencia,

[6] *vitális paraméter*: segítségükkel alapvető funkciókról kapunk tájékozódást: vérnyomás, pulzus, testhőmérséklet, légzés.

- gyűrött, ráncos ágynemű,
- a nyomásnak kitett helyeken megjelenik a nyomás (testsúly), a nyírőerő (lecsúszott, rosszul fekvő személyt próbálunk visszahelyezni a helyes pozícióba) szakadás (bőr károsodása), súrlódás (az állapotot rontja például a vizeletes, fekáliás, izzadt ágynemű a beteg alatt).

Legjellemzőbb kialakulási helyei: a gravitációnak és a testhelyzetnek megfelelően a test azon részei, ahol a bőr alatt vékony a zsírréteg - koponya hátsó része, lapocka, könyök, keresztcsont, ülőgumó, farokcsont, sarok.

A mozgáskorlátozottság fennállása esetén fontos felmérni a beteg állapotát, a decubitus kialakulásának kockázatát.

Felmérés térjen ki:
- a tápláltsági állapotra,
- a mozgásra és
- a bőr állapotára.

A felmérést különböző pontozó skálák segíthetik. Magyarországon a legelterjedtebb pontozó skála a Norton skála és a Bővített Norton skála. Ezek kitöltése szakápolói kompetencia.

Stádiumok:
- nincs nyomási fekély
- I. stádium: bőrpír
- II. stádium: hámhiány
- III. stádium: üszkösödés (teljes mértékű bőrhiány)
- IV. stádium: necrosis (szövetelhalás)

Szociális intézményben - ahol nincs szakápolás végzésre engedély - orvosi utasításra és az orvos által előírt terápiát alkalmazva az I.-II. stádiumú nyomási fekély látható el.
Cél: a nyomási fekély visszafordítása, de leginkább a kialakulásának megelőzése.
Ebben nagy szerepe van a mobilizálásnak, az ágyban fekvő betegnél a gyakori mozgatásnak és a kényelmi segédeszközök alkalmazásának.
Átmenetileg mozgáskorlátozott egyén esetén cél, hogy az immobilitás a lehető legkevesebb ideig álljon fenn. Már az egészségügyi ellátás során, pl. műtétek után, szükséges a minél hamarabbi mobilizáció elkezdése.

Prevenció az ápolás során

- a beteg korai mobilizálása, ápolói kompetencia szerint (fokozatos és folyamatos),
- rendszeres légző gyakorlatok,
- amennyiben megoldható gyógytornász bevonása a mobilizálásba,
- rendszeres folyadékbevitel (kiszáradás megelőzése),
- rendszeres székletürítés biztosítása (rostdús étrend, székletlazítás, bő folyadék…),
- pszichés támogatás, empátia.

A megfelelő technika meghatározásához fel kell mérni az érintett szükségleteit és képességeit.
„A beteg által igényelt segítség mértékét ne haladja meg a nyújtott segítség.” (Helyes betegmozgatás-kiemelt projekt, ÁEEK)

Tartós mozgáskorlátozott egyén esetén cél a meglévő mozgás szinten tartása, fejlesztése és az immobilitásból eredő további károsodások megelőzése.

Helyzetváltoztató mozgás

1. **Aktív helyzetváltoztatás:** a beteg/ellátott önállóan, segítség nélkül képes testhelyzetét változtatni.
2. **Passzív helyzetváltoztatás:** a beteg/ellátott nem képes önállóan a helyzetét változtatni. Segítségre szorul.

a) Háton fekvés-fektetés, amennyire lehet a végtagok mozgását biztosítani kell, átmozgatás, légzőgyakorlatok, értorna.
b) Ágyban forgatás- oldalra (jobbra, balra), hasra, lejtőztetés (keringés javítását szolgálja). Decubitus prevenció! Nyomásnak kitett helyek tehermentesítése. Kényelmi eszközök alkalmazása (például: sarok- könyök gyűrű).
c) Félig ülő, ülő helyzet - támasz vagy párna segítségével. Lehetővé teszi például az ágyban történő étkezést, folyadékfogyasztást, olvasást, TV nézést. Kapaszkodó segítségével a beteg saját magát képes felhúzni az ágyban.
d) Ágy szélén, székben, kerekesszékben való ültetés- megtámasztva a testet, hogy ne dőljön el. Sokáig nem szabad alkalmazni a vénás pangás miatt, valamint a tartós ülés az ülőgumókon nyomási fekélyt alakíthat ki. Széken, kerekesszéken való rögzítést az orvos rendeli el.
e) Álló helyzet- nagyobb izommunka, tartós fekvés után szédülés, vérnyomás ingadozás lehetséges, mindenképpen felügyelet mellett történhet és a pulzust, vérnyomást ellenőrizni szükséges.

Helyváltoztató mozgás

„A járás - mint az egész testet igénybevevő mozgás a teljes önellátás egyik feltétele. A járás felfogható úgy is, mint fizikai munka, ami az egész szervezetet „megterheli", és ennek megfelelően fejleszti teljesítményét: fokozza az izmok erejét, a légzési térfogatot, a szív munkáját, az anyagcserét. A járás közben működő izmok „izompumpa"- ként segítik a vénás vér szív felé áramlását. Az ízületek rugalmassága, mozgékonysága és az ízületi porc táplálása megmarad. Számtalan inger éri az idegrendszert, és megkívánja a mozgásirányító agyi központok aktivitását. Csökken a beteg rászorultsága és kiszolgáltatottsága, ezért pszichés hatásai sem elhanyagolhatóak." (Bokor, 2009)
A járás történhet önállóan vagy segítséggel. A segítségadás lehet részleges vagy teljes. A beteg meglévő mozgási képességét kell kiegészíteni. Ehhez nem feltétlenül személyi segítség kell, hanem olyan gyógyászati segédeszköz, melyet a beteg biztonságosan tud használni.

A segítő szempontjából milyen nehézségek lehetnek a mobilizáció során

- Nem mindig alkalmazhatóak jól a biztonságos emelés szabályai- nincs megfelelő betegágy, alacsonyan fekszik a páciens, kicsi a hely a kivitelezéshez.
- Emelés közben a betegek nem mindig együttműködőek, nem értik a kéréseket. Ez leginkább demens ellátottak esetében, vagy fogyatékossággal élő személyek- pszichiátriai betegek esetében fordulhat elő. Az ellátott a segítéshez agresszívan is viszonyulhat.
- A segítésre képtelen, túlsúlyos páciensek nagy fizikai megterhelésnek teszik ki az ápolókat.
- Nincsenek megfelelő eszközök a mobilizáláshoz.
- Nehezen megközelíthető az ellátott (zsúfolt lakószobák, szűk folyosók, akadálymentesítés nélküli közlekedő terek, fürdők, WC). Egyenetlen padozat, csúszós felületek növelik a baleset kialakulásának kockázatát.
- A segítő nem ismeri a mobilizálás fokozatait, technikáit.
- Egyedül nem tudja jól kivitelezni a feladatot.
- A beteg fél a fájdalomtól és emiatt nem működik együtt, önállótlanná válik.
- Segítő megsérül a mozgatás közben.

A biztonságos betegmozgatás

A biztonságos betegmozgatás célja, hogy a mobilizálás során a mozgást segítő személy ne szenvedjen sérülést, ne terhelje meg a gerincét, a mozgásgyakorlatok könnyen kivitelezhetőek legyenek és a beteg számára hatékonyak.

***„PAUL DOTTE** francia fizioterapeuta (1986) saját tapasztalatait felhasználva kidolgozta a világ egyik legdinamikusabban terjedő betegmozgatási módszerét. A testmechanika alapelveinek ismereteire támaszkodva, új alapokra helyezi a betegek mozgatását. Ez a módszer magában hordozza a beteggel való teljesebb kommunikáció lehetőségét is, így az oktatása nemcsak az ápolók ügye az ápolókért, ennél sokkal tágabb perspektívát nyújt, nevezetesen a beteg önmegvalósításának lehetőségét, sőt a gyógyuláshoz vezető utat.” .”* (Helyes betegmozgatás- kiemelt projekt, ÁEEK)

Mind az alap, mind a szakellátás biztosítása során ismerni és alkalmazni szükséges mindazon ismereteket, melyek a kliens/ellátott mozgásszükségletének megfelelő kielégítésére szolgálnak.

Betegmozgatáshoz kapcsolódó filmek elérhetősége:

http://tamop.etk.pte.hu/apolastan/videok/001_x264.mp4
http://tamop.etk.pte.hu/apolastan/videok/006_x264.mp4
http://tamop.etk.pte.hu/apolastan/videok/012_x264.mp4

(PTE ETK, 2000)

A biztonságos betegmozgatás során nem csak a szakember biztosítja a segítséget, hanem a mozgatáshoz speciális, gyógyászati segédeszközöket is kell használni. A gyógyászati segédeszközök alkalmazását és használatát, valamint tárolását és tisztítását a dolgozóknak ismerniük kell.
Az ellátott/kliens a segédeszközök használatával növelni tudja az önállóságát, a készségeit szinten tudja tartani, vagy fejlesztheti, ennek mindenképpen pozitív hatása van az egészségi állapotára.

Mozgatáshoz szükséges, leggyakrabban alkalmazott eszközök

Gyógyászati segédeszköz	Jellemző
	Háromlábú járóbot: fontos, hogy állítható legyen, biztonságos talajtapadás. Segít az egyik oldali végtag gyengesége esetén. Járóbot: fa, fém, állítható. Segít az egyik oldali végtag gyengesége esetén. Létezik összecsukható változatban is.
	Négykerekű rollátor – állítható magasságú, összecsukható, használható az utcai közlekedésben is.

	Állítható magasságú járókeret: biztonságos, nagy stabilitású eszköz. Nehézséget jelenthet a megemelése. Az alsó végtag tehermentesítésére szolgál, valamint az állás, és a járás biztonsága növelésére.
	Betegrögzítő mellény (létezik: medencetájéki rögzítő, gáttájéki rögzítő, hasi rögzítő). Meggátolja az oldalirányú elmozdulást és a lecsúszást.
	Betegmozgató- csúsztató lepedő: létezik un. csúsztató pad is. Csökkenti az ápoló gerincére irányuló nyomást, ezzel megelőzhető a gerincfájdalom.
	Könyökmankó, hónaljmankó: csak erősebb fizikumú beteg esetén biztonságos.
	Gyopár párna- test alakját felvenni képes töltettel rendelkezik, mely a felfekvések megelőzésében nagy segítséget jelent.
	Elektromos moped

	Kerekesszék
	Szoba WC
	Elektromos betegemelő
	Kádbelépő
	Fürdőkád ülőke

	Kapaszkodó
	WC magasító Mozgásukban korlátozott személyeknél alkalmazható, akiknél a leülés, a felállás nehézséget okoz. Nagy segítséget nyújt mozgássérülés, ízületi merevség esetén.
	Finom mozgást segítő evőeszköz- tartós súlyos kézremegésnél, fogási gyengeségnél (például Parkinson kór, bénulás)

(képek forrása: Gyógyászati segédeszközök boltja)

(8. számú handout)

A tananyag összefoglalás

A mozgás szükséglete alapvető szükséglet, az ember törekszik az alapvető szükségleteinek a kielégítésére. Ha ebben akadályoztatva van - akár átmenetileg, vagy tartósan - az kihatással lesz a fizikai, mentális és szociális állapotára, vagyis az egészségi állapotára.
Az ápolónak, gondozónak törekednie kell a rábízott kliens vagy ellátott szükségleteken alapuló gondozásának kivitelezésére. Ehhez megfelelő szaktudással kell rendelkeznie, tudnia kell használnia a hatékony kommunikáció eszközeit, valamint alkalmaznia kell a meglévő tudását, különösen a betegmegfigyelés és az alapvető gondozási feladatok elvégzésében.
Önmagát és a rábízott személyeket el kell tudni helyeznie a szociális ellátórendszerben, ismernie kell azokat a kapcsolódási pontokat, melyek más szakmaterülethez is kötik a szolgáltatást igénybe vevőt (például: pedagógia, egészségügyi ellátás, rehabilitáció).
Ismernie kell a szolgáltatás biztosítása során használt dokumentációkat, azokat tudnia kell alkalmazni és a team munkában együtt dolgozni az ellátásban résztvevőkkel.
Ismernie kell az egyes ellátotti célcsoportokat, azok jellemzőit.

Az összeállított tananyag törekedett arra, hogy a mobilizáláshoz szükséges ismeretek átadása a hallgatók részére érthető módon történjen.

Az ellátotti célcsoportokhoz és a mobilizáláshoz kapcsolódó workshop (délután)

Segédlet az oktatónak 1.

X.Y. esetének rövid leírása

X.Y. 1986 óta volt az intézmény lakója. Oligofrénia, mentális retardáció diagnózissal rendelkezett.
Jellemző volt rá, hogy szeretett a szabadban tartózkodni, sokat sétálni, viselkedése nyugodt volt, de nem kiszámítható. Néha előfordult, hogy odacsapott valakire, csúnyán beszélt. Az utóbbi időben észlelték a dolgozók, hogy állapotában változás állt be.
Járása bizonytalanná vált, sokszor elesett. E miatt kivizsgálások is történtek. Leginkább a hiponatrémia (alacsony Na szint) állhatott állapotromlásának hátterében (orvosi dokumentáció szerint).
A vele történt rendkívüli eseményt megelőzően is elesett, jobb szeme alatt, jobb bordái körül nagy kiterjedésű haematoma volt látható.
Háziorvos a gyógyszerelésen változtatott és elrendelte, hogy amíg járása, tartása bizonytalan, Wellmasys rögzítőt (lásd a szöveg alján) használjanak a kiültetés során az elesések megelőzésére, alkalomszerűen. A rögzítést a gondozók mindig maguktól döntötték el, hogy használják e vagy sem. Nem minden esetben került dokumentálásra.
A rendkívüli esemény napján X.Y. viselkedése nyugodt volt, szükségleteit a nappali műszakban szolgálatot teljesítő gondozók kielégítették.
Étkezését, folyadékfogyasztását biztosították, inkontinencia terméket kapott és kerekesszékben rögzítették.
Egész nap nem aludt, többször mobilizálva lett, majd a pihenés idejére újra kerekesszékbe helyezték és az előtérbe tolták, ahol nagyon szeretett üldögélni. 18. 30-kor látták utoljára a nappalos dolgozók.
Az éjszakai műszakban dolgozók az épületet körbejárva eszméletlenül találtak rá az étkezőben, kerekesszéke nem volt mellette és egy másik ellátott társa azt jelezte, hogy egy harmadik ellátott megütötte őt. Friss haematomát fedeztek fel a beteg jobb oldalán, friss vért nem láttak, légzéséről guggolva a hasat figyelve tájékozódtak. A nővérek segítséget kértek, hogy a kerekesszéket vigyék az étkezőbe és az eszméletlen állapotban lévő ellátottat beletették, majd az ágyába fektették és végül elmentek telefonálni az ügyeletes orvosnak. Az ellátottat később a mentő elszállította a kórházba.



(forrás: szombathely-lutheran.hu)

1. Az esettel kapcsolatban milyen jó gyakorlatot tud megfogalmazni?
2. Az esettel kapcsolatban milyen rossz gyakorlatot tud megfogalmazni?
3. Hogyan kapcsolódik az ellátott személye a különböző ellátási rendszerekhez?
4. Milyen betegmegfigyelési technikák valósultak meg és mik maradtak el?
5. Hogyan lett kielégítve az ellátott mozgásának szükséglete?
6. Milyen további mobilizálási lehetőségek kerülhettek volna szóba az ellátás során?
7. Az ellátott orvosi diagnózisaihoz kapcsolódóan fogalmazza meg az adott célcsoportra jellemzőeket!

A segédletet célszerű csoportos (projekt) munka keretében feldolgozni a hallgatókkal. Ez segítséget jelent a 9. számú handoutban található feladat megoldásában, mely egyéni gondozási terv kidolgozását tartalmazza.

(9. számú handout)

Segédlet az oktatónak 2.

A mobilizálás fokozatai

Légzőtorna

- izomerősítés, végtagok mozgatása
- ágyban felültetés
- ágy szélére kiültetés
- talpra állítás
- kiültetés karosszékbe
- járás

A légzőtorna célja

- a helyes légzés elsajátítása, különböző tüdőterületek átlélegeztetése,
- légzőizmok erősítése,
- izmok nyújtása, mellkas és gerinc izmainak erősítése
- segíti a hörgőváladék kiürítését

Ágyban felültetés

- ápoló segítségével
- kapaszkodóval
- önállóan
- naponta többszöri felültetés, növekvő időtartammal

Ágyszélére kiültetés

- ha az ágyban önállóan, stabilan tud ülni
- kiültetés menete: ágyban felül, lábait kissé behajlítjuk, egyik kezünkkel megtámasztjuk a hátát, másik kezünkkel a térde alá nyúlva átfordítjuk az ágy szélére
- az ülőegyensúly kialakulása után következhet a kiültetés karosszékbe, felállás, megállás gyakorlása, melynek ütemét a beteg állapota határozza meg.

Járás

- 1-2 lépés, fokozatosan növeljük a távot
- első lépéseknél a beteggel szemben állunk

Az ápoló önállóan nem engedélyezhet semmilyen mozgást.
Mobilizálás megkezdése előtt rugalmas pólyát kell felhelyezni.
Mobilizálás következménye lehet: pl. vérnyomás esés, szédülés, sápadtság, remegés.

Fejezethez használt ppt: 41-46.

Fejezethez használt handout: 8-9

Felhasznált irodalom:

Dr. Bokor Nándor (2009): Általános ápolástan és gondozástan, Medicina

Lipienné Krémer Ibolya–Ridegné Cseke Irén (2017): Betegmegfigyelés, Műszaki Könyvkiadó

EFOP-2.2.0-16-2016-00003 kiemelt projekt Egységes Ápolási Eszközpark Kialakítása – Helyes betegmozgatás

https://tankorterem.wordpress.com/2020/05/07/a-tartos-fekves-szovodmenyei-azok-kialakulasanak-okai-es-a-szovodmenyek-megelozesere-iranyulo-apolasi-specialitasok/