A MEGFIGYELÉS JELENTŐSÉGE AZ ELLÁTÁSBAN, HELYZET-FELISMERÉSI TECHNIKÁK

HALLGATÓI TANANYAG

Szerző

Kiss Gabriella

Szakmai lektor

név

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 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 Benedek István Zsolt főigazgató

Budapest, 2020.

Tartalom

1. Fejezet címe: Holisztikus szemlélet az ápolásban 6
1. Holisztikus szemlélet az ápolásban 7
1.1 Az egészség 7
1.1.1 Az egészség, mint érték 7
1.2. A betegség 8
1.2.1 A betegségre adott válaszunk alapján, magatartásunk lehet: 8
1.2.2 A betegségek kialakulását befolyásoló tényezők 8
1.3 Holisztikus szemlélet 9
1.3.1 Az ápolás meghatározása 10
2. Fejezet címe: Testi tünetek. A betegségekkel járó testi tünetek megfigyelésének jelentősége. .. 11
2. Testi tünetek. A betegségekkel járó testi tünetek megfigyelésének jelentősége 12
2.1. Tünettel kapcsolatos fogalmak 12
2.2 Betegmegfigyelés 12
2.2.1 A beteg általános megtekintése 12
2.2.2 A tudatállapot megfigyelése 13
3. Fejezet Címe: A betegség lelki tüneteinek jelentősége az ellátásban 15
3. A betegségek lelki tüneteinek jelentősége az ellátásban 16
3.1. A személyiség 16
3.2 A pszichés állapot megfigyelése 16
3.2.1 A tudatállapot működésének jellemzői 17
3.2.2 A személy betegséghez való viszonyulása lehet: 17
3.2.3 Stresszre válaszoló megküzdési stratégiák 18
3.2.4 Az interperszonális (személyek közötti) konfliktusok kezelésének stratégiái 18
3.2.5 Veszteség típusai 19
3.2.6 A haldoklás tudatosulásának szakaszai 20
3.2.7 A betegséghez fűződő érzésminőségek 21
3.3. Az érzékelés, észlelés zavarai 22
3.3.1 Az érzékszervi károsodás okozta érzékelési zavarok: 22
3.3.2 Az érzékelés kvantitatív (mennyiségi) zavarai 22
3.3.3 A kvalitatív (minőségi) zavarok 22
3.4. A hangulati élet zavarai 23
3.4.1 A súlyos depresszió klinikai képe 23
3.4.2 Mánia 24
3.5. Kognitív zavarok 25
3.5.1 Demencia 25
4. Fejezet címe: A szociális környezet és a betegségek összefüggése. 27

4. A szociális környezet és a betegségek összefüggése 28
4.1. Környezet meghatározása 28
4.1.1 A szociális környezet 29
4.1.2 Család, társas környezet, mint egészséget befolyásoló tényező 30
4.1.3 Lakókörnyezet hatása az egészségre 31
5. Fejezet címe: Betegségekből eredő viselkedésformák és sajátosságok megjelenése az ellátásban. 33
5. Betegségből eredő viselkedésformák és sajátosságok megjelenése az ellátásban 34
5.1. A betegség, mint élménymagatartás 34
5.2. A betegség, mint krízishelyzet 34
5.3. A szorongás 35
5.4. Regresszió 35
5.5. Depresszió 36
5.6. Agresszív viselkedés 37
5.6.1. Betegségek, ahol az agresszív viselkedés megjelenése jellemző: 37
5.6.2. Agresszió kezelése 39
5.7. A csökkentértékűség érzéséből fakadó viselkedési zavarok 40
5.7.1 Az idős kor krízise 40
6. Fejezet címe: A szociális intézményekben élő ellátottak állapotváltozásának helyzetfelismerési technikái és dokumentációjának jelentősége. 42
6. A szociális intézményekben élő ellátottak állapotváltozásának helyzetfelismerési technikái, és a dokumentációjának jelentősége 43
6.1 Alvási szokások megváltozása, alvászavarok 43
6.1.1 Az alvászavarok hátterében lévő, gyakori testi-lelki megbetegedések: 43
6.1.2 Környezeti változás okozta alvászavar 44
6.1.3 Időskor és az alvászavar 44
6.2 A táplálkozási szokások megváltozása 44
6.2.1 Alultápláltság 45
6.2.2 Túlevés 45
6.3 A fájdalom, mint állapotváltozásra felhívó tünet 46
6.3.1 Jellegzetes fájdalmak 46
6.4 A viselkedés megváltozása 47
6.4.1. Agresszív viselkedés felismerése – az „első perc” technikája 47
6.5 Kommunikációs technikák 48
6.6 Önismeret fontossága 48
6.7 Az ápolási, gondozási dokumentáció 48
6.7.1 Az ápolási dokumentáció alkalmazásának előnyei 49
Felhasznált irodalom: 50
Ajánlott irodalom: 51

1. Fejezet címe: Holisztikus szemlélet az ápolásban

Összefoglalás

A professzionális segítő munkában lényeges a folyamatosan fejlődés, aminek célja olyan ismeretekhez jutni, amik megkönnyítik a problémák felismerését és ez által segítségünkre vannak egy célirányos segítő folyamtat tervezésében és megvalósításában.

A képzés első előadásaként a holisztikus ápolás szemléletével kapcsolatos elméleteket tekintik át a hallgatók. Az ápoló, gondozó munka során ismerni kell a betegségek testi tüneteit, azonban csak ezekre koncentrálni nem lehet. A segítő munka során kezelni kell a kliens elméjét, testét, lelkét.

Cél: Az egészség a betegség meghatározása, és a WHO egészség definíciója mentén felelevenítsék az ápoló gondozó munka, mint segítő hívatás személyközpontúságának fontosságát, a holisztikus ellátás tudatos és hatékony alkalmazását.

Kulcsszavak

Egészség, betegség, egészséges életmód, holisztikus ápolás

Tanulást segítő kérdések

Az egészség, az egészség, mint érték meghatározása!
Sorolja fel a betegségre adott válaszok alapján meghatározott betegmagatartásokat!
Sorolja fel a betegség kialakulását meghatározó tényezőket, a vezető halálokokat Magyarországon!
Ismertesse a holisztikus ápolást!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Virginia Henderson: Az ápolás alapelvei (ICN) Ápolók Nemzetközi Tanácsa 1986. Kiadó: Magyar Kórházszövetség
Hidvégi Péter, Kopkáné Plachy Judit, Dr. Müller Anetta: Egészséges életmód. Eszterházi Károly Egyetem Kopp és Skrabski, Eger, 2004.
Sipos Ilona Magdolna: Ápolási szükségletek és a betegmegfigyelés szempontjai. Az ápolás etikai szabályai, a betegek jogai. NSZFI, Budapest, 2008.
Szakács Ferenc: Személyiséglélektani szöveggyűjtemény IV/3; Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1994.
Patricia Potter – Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2013.
Dr. Orosz Gábor Viktor: Ápolásetika. Teológiai és bioetikai szempontok az ápolás- és gondozásetikában. Evangélikus Hittudományi Egyetem, Budapest, 2019.

1. Holisztikus szemlélet az ápolásban

1.1 Az egészség

Az egészség minden ember számára a legfontosabb érték, meglétét természetesnek vesszük, és nem is tudjuk milyen fontos, míg el nem veszítjük. Az egészség megfogalmazása több szempont szerint történhet. Nézzük meg a különböző egészségfelfogásokat.

Az Alkotmány 70. paragrafusa szerint minden magyar állampolgárnak joga van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Az egészségfogalom tartalma rendkívül gazdag, sokrétű és komplex; ugyanakkor változó az is, hogy ki és mennyire tekinthető „egészségesnek". Az emberek egyéni normák és elvárások alapján, szubjektív módon becsülik meg saját egészségüket. (Potter P. - Perri A. G.: 2013.)

A WHO (2005) az egészséget úgy határozza meg**,** mint a testi, lelki, szociális jóllét állapotát, és hangsúlyozza, hogy nem szűkíthetjük le a betegségi tünetek vagy károsodás hiányára.

Az eredeti definíciót a WHO kiegészítette, miszerint *„az egészség olyan fokon áll, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint képesek megbirkózni a környezet kihívásaival." (WHO 1984) Az egyén és az őt körülvevő (társadalmi és természeti) környezete közötti dinamikus egyensúly kiemelése, a harmónia beépítése egy ökológiai egészségfogalmat hozott létre*.

Szakács Ferenc megfogalmazásában „… *az egészséges (normális) ember az, aki önálló életvezetésre képes, aki élethelyzetéből adódó szerepeit elfogadja, képességeinek megfelelő munkát végez, és mindeközben (tehát nem legvégül) örömszerzésre képes, életét más emberekkel együtt közösségi, társadalmi céloknak megfelelően élni*." (Szakács, 1994).

Az *Egészségügyi Világszervezet* is ezt a holisztikus **szemléletmódót** tükrözi, vagyis azt, hogy az egészség nem pusztán a szervezetünk betegségtől mentes állapota, hanem a minket körülvevő anyagi, szellemi és lelki javak olyan szintű léte, amely számunkra kielégítő.

Az orvosi megközelítésben az egészség a betegség hiányát feltételezi**.** Az egészséges állapotot és a betegséget élesen elkülöníteni nem lehet. A betegség hiánya önmagában nem jelenti az egészség meglétét. Az egészség és betegség nem egymást kizáró állapotok, lehetőségek, hanem egy szakasz végpontjai, melynek valamelyik pontján megtalálhatjuk pillanatnyi helyünket.

Az ember egy bio-pszicho-szociálisan meghatározott lény. A biológiai meghatározottságunk biztosítja a lét és fajfenntartásunkat, a pszichológiai meghatározottságunk az érzelmi, értelmi és akarati működésen alapszik, szociális lényként pedig különböző közösségek tagjaivá válunk, beilleszkedünk a szűkebb és tágabb környezetünkbe.

Egészséges ember az, aki testiségének észlelhető és észlelhetetlen hiányosságait, saját erejéből, vagy mások segítségével, illetve testi és szellemi képességeket pótló, vagy támogató segédeszközök (tolókocsi, művégtag, szemüveg, inzulin-injekció, stb.) segítségével úgy tudja egyensúlyba tartani, hogy képes személyes adottságainak és elképzeléseinek megfelelően élni. Életcéljait, ha részlegesen is, de oly mértékben eléri, hogy életét képes elfogadni és boldognak mondani.

Az egészség tehát egy pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a fizikai képességeken túl a személyes és társadalmi erőforrásokat.

1.1.1 Az egészség, mint érték

A szocializáció során minden embernek kialakul a saját értékrendszere: számos értéket beépítünk, amely személyiségünk részévé válik és meghatározza a viselkedésünket. Ezeknek az értékrendszereknek a kialakításában a család, mint elsődleges szocializációs színtér fontos szerepet játszik.

A boldogság mindenki számára fontos cél. Már gyermekként is megfogalmazunk különböző vágyakat, célokat, amiket el szeretnénk érni. Az idős generáció, nagyszüleink hangsúlyozzák az egészség fontosságát – „ha egészséged van, mindened van”. Mikor értjük meg ezeket a mondatokat, és válik ténylegesen fontossá számunkra az egészségünk?

Az egészség meghatározó az életminőség szempontjából. A beteg, fogyatékos személy életminősége romlik, különbözik az egészséges emberétől.

Az emberi élet nem anyagi dimenzióit az életminőség fogalma fogja össze, melyben kifejeződik az emberi kapcsolatok, kapcsolatrendszerek minősége, az élet értelméről, céljáról, hasznosságáról való meggyőződések, valamint az önmegvalósításba vetett hit.
A testi-lelki egészség az életminőséget meghatározó legfontosabb tényezők között található

1.2. A betegség

A betegségfogalmunk egyénenként eltérést mutat. A betegség összetett jelenség, befolyásolják testi-lelki tapasztalatok és a kultúra is. A társadalmi-gazdasági helyzet, az egyéni személyiségjellemzők, továbbá a szocializáció során kialakult egészség-betegség kép meghatározza, hogy mikor érezzük magunkat betegnek, mikor fordulunk orvoshoz.

Az ember szervezete reagál, alkalmazkodik a környezeti hatásokhoz. Ha az egyensúly nem változik, akkor egészségesnek mondhatjuk magunkat. Ha a szervezetet érő hatás nagyobb vagy erősebb az egyensúlyt biztosító lehetőségeknél, a szervezet megbetegszik.

Amikor az egyensúly felbomlik és a betegség irányába tolódik el, megváltozik viselkedésünk. Azt, hogy hogyan reagálunk bizonyos betegségekre, befolyásolják a gyerekkori tapasztalataink, megélt élményeink és pillanatnyi állapotunk.

1.2.1 A betegségre adott válaszunk alapján, magatartásunk lehet:

- *betegség tagadó*: nem fogadja el betegségét, nem vesz róla tudomást, nem beszél a tüneteiről, környezete előtt is tagadja problémáját.
- *betegségtől félő***:** folyamatosan figyeli magát, tüneteket észlel, és ezeket nagyon komolyan veszi, fél a betegség kialakulásától.
- *betegségkereső:* betegként olyan előnyökhöz, lehetőséghez jut, olyan pozitív visszajelzésben, törődésben van része, amihez ragaszkodik. Úgy érzi, nem javul az állapota, tünetei folyamatosan jelen vannak.
- *betegséggel* nem törődő: a betegség közömbös számára, csak hosszas rábeszélés hatására megy el orvoshoz. A terápiás utasításokat nem tartja be.

1.2.2 A betegségek kialakulását befolyásoló tényezők

- Endogén tényezők
- Exogén tényezők
- Társadalmi környezet
- Életmódbeli sajátosságok

*Endogén tényezők***:** a genetikai adottságaink összesége, amely meghatározza az egészséget, élettartamot, valamint az ember fizikai és szellemi képességét. Az öröklött tényezők hajlamosítanak bizonyos betegségek kialakulására, ez által pozitívan vagy negatívan befolyásolják az egészségünket, életünket.

Exogén tényezők: a természeti környezetünkből érkező negatív hatások károsan befolyásolhatják szervezetünk működését. Ide tartozik az éghajlat, földrajzi fekvés, talaj, levegő, víz, a fizikai-kémiai, biológiai, egyéb környezeti ártalmak (zaj, szennyeződések, sugárhatás, hulladék, stb.).

Társadalmi tényezők: A kedvezőtlen gazdasági és társadalmi környezet az egészség romlását a betegség kialakulását eredményezheti. Ezek közé soroljuk a foglalkozást, munkakörülményeket, társadalmi kapcsolatok minőségét, az egyén egészségkultúráját, képzettségét, a társadalmi rétegződésben elfoglalt helyét, az egészségügyi ellátórendszer színvonalát és hozzáférhetőségét.

*Életmód***:** azt jelenti, ahogyan a mindennapi életünket éljük. Egészségügyi értelemben az ember szokásaira, mindennapi viselkedésére vonatkozik, amelyek bizonyos megbetegedések szempontjából különböző mértékű veszélyeztetteséget jelentenek (pl. a dohányzó embernél a tüdőrák kialakulása, vagy a túlsúlyos egyén cukorbetegsége).

Az egészségre életmódunk van a legnagyobb hatással. Az egészséges életmód összetevői:

- *A rendszeres mozgás* javítja a fizikai erőnlétünket, pozitívan befolyásolja a mentális egészségünket.
- *A tápanyagokban, vitaminokban gazdag táplálkozás* biztosítja a szervezetünk megfelelő energiaszintjét.
- *A káros szenvedélyektől mentes élet (dohányzás, alkohol, drog)* maximális élettartamot és életminőséget ígér.
- *Harmonikus emberi kapcsolatok.* Az ember társas lény, szüksége van szeretetkapcsolatokra.
- *Kiegyensúlyozott szexualitás*
- *Személyi környezeti higiéné*
- *A stresszel szembeni megküzdés képessége*
- *Időben történő orvoshoz fordulás*
- *Az egészségügyi szakemberektől tanácsok elfogadása és a velük történő együttműködés*

Kockázati tényezőként megjelenő genetikai hajlam felülírható az egészséges életmóddal. A tanulmányok azt mutatják, hogy a megfelelő életmóddal – a testi és lelki harmónia folyamatos ápolásával – a daganatos megbetegedés akkor sem alakul ki, ha megvannak a rák-gének. A magas vérnyomás, cukorbetegség, szív-érrendszeri betegség kialakulásának megakadályozásában is igazoltan fontos szerepet játszik a megfelelő életmód kialakítása.

Több tényező együttes jelenléte okozza a betegségek kialakulását.

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen, és jelentősen elmarad attól, amit társadalmi–gazdasági fejlettségünk általános szintje lehetővé tenne.

Magyarországon a vezető halálokok között szerepel:

- rosszindulatú daganat,
- szívkoszorúér betegség,
- agyér-betegség, érelmeszesedés,
- a tüdő és máj idült betegségei,
- cukorbetegség,
- alkoholos befolyásoltságból eredő mentális zavarok,
- balesetek és az öngyilkosságok.

1.3 Holisztikus szemlélet

A holisztikus szemlélet egységes egészként értelmezi az egyént, aki több és más, mint alkotórészeinek összesége. Az egészség és betegség-érzetünket, betegséghez való viszonyunkat számos tényező befolyásolja. Az ápoló-gondozó munka során nem elég a megjelenő tesi tüneteket kezelni, fontos a gondozott elméjét, testét és lelkét egyszerre gyógyítani. A betegség befolyásolja a testi, szellemi, és

lelki-érzelmi állapotot, kihat a spiritualitásra, vallásra és a személyes kapcsolatokra. A komplex gondozás azért elengedhetetlen, mert csökkenteni képes a betegségnek ezt a kiterjedt hatását. A holisztikus ellátás magában foglalja az ápolási, gondozási folyamat teljességét, megmutatja, hogy hogyan kell teljes körűen gondoskodni az ellátottakról.

1.3.1 Az ápolás meghatározása

Az ápoló-gondozó munka során a problémák széles körével találkozunk. Egy problémákkal terhelt helyzetben az érintett személy kiegyensúlyozottsága, biztonságérzete, sőt létezése is veszélybe kerül. Az ápolói munka során együttműködésre van szükség, fontos a beteg vagy gondozott bevonása a segítő folyamatba, így minden szereplő tudása hasznosul.

- *Az 1997. évi CLIV. törvény az ápolásról:*
- *„Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összesége, amelyek feladata az egészségügyi 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*." (IV. Fejezet 98. § 1, pont).

- Az ápolás hendersoni fogalma napjainkig az egyik legteljesebb, általánosan elfogadott ápolásfogalom. Virginia Henderson meghatározásában**:** *„Az ápolás elsődlegesen a beteg vagy egészséges egyén segítése azon tevékenységek elvégzésében, melyek hozzájárulnak egészségéhez, gyógyulásához, vagy békés halálához, amely tevékenységeket segítség nélkül is el tudna végezni, ha megvolna hozzá a szükséges ereje, akarata vagy tudása."* (Henderson, 1986)

  V. Henderson a szükségletekre helyezi a hangsúlyt. A szükségleti modelljében az ember független egyéniség, aki rendelkezik alapvető, minden emberre jellemző egyetemes szükségletekkel, melyeket egészséges állapotban önmaga elégít ki; ápolási beavatkozásra akkor van szükség, ha az egyén korlátozott a szükségletek kielégítésében. Az ápolás biológiai, pszichés, szociális és spirituális komponensekből áll.

- *Az Egészségügyi Világszervezet* (EVSZ) 1991-es meghatározás szerint az ápolás feladata és az ápolók küldetése a következő: *„Az ápolás küldetése a társadalomban az, hogy segítse az egyéneket, a családokat és a csoportokat abban, hogy meghatározzák és megvalósítsák testi, szellemi és társadalmi lehetőségeiket, és hogy ezt annak az állandóan változó környezetnek a kihívásai ellenére tegyék, ahol élnek és dolgoznak. Az ápolás magában foglalja betegség és rehabilitáció során a gondozás tervezését és megvalósítását, és felöleli az élet testi, szellemi és társadalmi aspektusait, amennyiben az egészséget, a betegséget, a fogyatékosságot és a halált befolyásolják. Az ápolás az egyének, családok és csoportok gondozása, az egész életen át a fogamzástól a halálig.*"

„A gondozásnak holisztikus igénye van. Az ápolási tevékenységek nem korlátozódhatnak pusztán a testi kihívásokra. A gondozás kapcsolattartást és reflexiót jelent minden helyzetben. A méltóság nélküli gondozás nem csak értéktelen, hanem veszélyes is, mert veszélyezteti az egészséget a gondozás folyamatának mindkét oldalán."
Joachim Bauer megállapítja: „A legerősebb drog, a leghatékonyabb gyógyszer az ember számára a másik ember. Az olyan orvoslás, amely gyógyító és nem csupán technikai eseményként szerveződik, kihasználná ezt." (Orosz, 2019)

A holisztikus gondozás mind az egészségügyben, mind a szociális ellátásban nélkülözhetetlen.

2. Fejezet címe: Testi tünetek. A betegségekkel járó testi tünetek megfigyelésének jelentősége.

Összefoglalás
A beteg/kliens egészségi állapota felmérésének, fontos eszköze a megfigyelés, mely módszerrel megszerzett információk segítenek a hatékony ápolási, gondozási terv elkészítésében.

Cél: A betegségekkel járó testi tünetek észlelése, a megfigyelés módszerével - témában a képzésen résztvevő szakemberek ismereteinek összegzése.

Kulcsszavak
Tünetekkel kapcsolatos fogalmak, a beteg általános megtekintése, tudatállapot megfigyelése

Tanulást segítő kérdések
Objektív, szubjektív tünet fogalmának meghatározása!
Sorolja fel a betegség általános megfigyelésének szempontjait!
Sorolja fel a kórós tudatállapotokat!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Virginia Henderson: Az ápolás alapelvei (ICN) Ápolók Nemzetközi Tanácsa 1986. Kiadó: Magyar Kórházszövetség
Sipos Ilona Magdolna: Ápolási szükségletek és a betegmegfigyelés szempontjai. Az ápolás etikai szabályai, a betegek jogai. NSZFI, Budapest, 2008.
Szakács Ferenc: Személyiséglélektani szöveggyűjtemény IV/3; Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1994.
Patricia Potter – Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2013.

2. Testi tünetek. A betegségekkel járó testi tünetek megfigyelésének jelentősége

A hatékony segítő munka feltétele az ápolásba, gondozásba bevont személyről megfelelő információk megszerzése és értelmezése. Ezek birtokban tudjuk eldönteni, hogy milyen cselekvési módok közül válasszunk, amit a beteg/kliens is el tud fogadni.

2.1. Tünettel kapcsolatos fogalmak

Meghallgatjuk a beteget, hogy ő mit érez, mi a problémája. Azokat a tüneteket, amelyeket a beteg észlel, *szubjektív tüneteknek* nevezzük. Ezek lehetnek: fájdalom, hányinger, rossz közérzet. Amely tüneteket megfigyeléssel vagy vizsgálat során mi észlelünk, azokat *objektív tüneteknek* nevezzük. Alapvető objektív tünetek a kardinális tünetek: pulzus, vérnyomás, légzés, testhőmérséklet.

Általános tünet az, amely nem utal egyértelműen egyetlen konkrét betegségre, de számos betegség kísérő tünete lehet. Ilyen például az étvágytalanság, hányinger, fáradékonyság, hőemelkedés.

Tünetszegény a betegség, ha nem okoz a rá jellemző szubjektív vagy objektív tűnteket. Például egy szívinfarktus csupán egy átmeneti nehézlégzést okoz.

Atípusos tünetekről akkor beszélünk, ha a betegség nem a megszokott tünetekkel, hanem azoktól részben vagy egészen eltérő tünetekkel jelentkezik. Idős embereknél és gyermekeknél gyakori jelenség. Például a szívinfarktus emésztőrendszeri panaszokat okoz.

Az információgyűjtés már a megismerkedéskor elkezdődik, megfigyeljük a kliens viselkedését, hangulatát, mozgását, beszédét és igyekszünk közelebb jutni az érzés- és gondolatvilágához. A megfigyelési szempontok gyakorlati alkalmazásának célja: feltárni a beteg magatartásának és érzelmi reagálásnak jellemzőit.

2.2 Betegmegfigyelés

A beteg megfigyelése fontos ápolói-gondozói feladat. Nem minden ember tudja megfogalmazni és elmondani problémáját, tüneteit. A megfigyelés során fontos információkhoz juthatunk, amelyek befolyásolják és meghatározzák az ápoló-gondozó folyamatot. A beteget első találkozáskor, és ezt követően is folyamatosan figyelemmel kísérjük. Az állapotának változásáról informálódhatunk a megfigyelés módszerével.

2.2.1 A beteg általános megtekintése

- *A beszéd* árulkodik a beteg/kliens pszichés állapotáról, a tiszta tudatú ember térben és időben tájékozott, a kérdéseinkre megfelelő választ ad. A beszéd közben fellépő nehézlégzés keringési elégtelenségre utalhat. Ideggyógyászati betegségben, vagy lezajlását követően előfordul, hogy a beteg nem tud beszélni. Érti, amit mondunk neki, de nem tud válaszolni. A kommunikációt ilyenkor segíthetjük azzal, hogy a kérdéseket úgy tesszük fel, hogy azokra igenel vagy nemmel, nonverbális jelekkel lehessen válaszolni (fejbiccentés, mimika). A beszélgetés közben kiderülhet, hogy hallási problémával küzd a beteg. Idős embereknél gyakran, de egyéb betegségek kísérő tüneteként is előfordulhat a hallás elvesztése és a nagyothallás. Hallásproblémával küzdő betegek megtanulnak szájról olvasni, ezért érdemes velük szemben állva, tagoltan beszélnünk.

- A bőr megfigyelése: A *bőr* állapota tiszta vagy elhanyagolt? Van-e rajta kiütés, kóros elváltozás, vakarásnyom, sérülés? Tapintással érzékelhetjük a bőr hőmérsékletét és nyirkosságát. A hűvös tapintatú, verejtékes bőr álltalában súlyos betegségről árulkodik. A száraz bőr kiszáradást jelezhet. A bőr színének megváltozása is fontos tünet. Az egészséges bőr színe rózsaszín. A sárga bőr máj és epeúti betegségre, a fakószürke bőr súlyos daganatos betegségre, vagy a vese elégtelen működésére utal. A sápadt, viasz-szerű szín vérszegénységet tükröz. A szederjes bőr és a nyálkahártya kékes-lilás elszíneződése oxigénhiányos állapotra hívja fel a figyelmet.

- Az *arc, arckifejezés* megfigyelése: súlyos betegség esetén az arc sápadt, mimikaszegény, a szemek beesettek. A kipirult arc, bágyadt tekintet lázról árulkodhat.

- Szembetűnő a *táplháltság.* Elhízott vagy sovány a beteg, milyen a kötőszövet rugalmassága?

- *Testrészek megfigyelése* is fontos adatforrás. A *fejen* lévő szervek: orr, szem, fülek alakja és nagysága jellemző lehet bizonyos betegségekre. A *nyakon* látható a pajzsmirigy megnagyobbodás, a nyirokcsomók duzzanata, a nyaki vénák tágulata. A *végtagok mozgása*: mozgásszegény, mozgás teljes hiánya, kézremegés (ami idős korban előfordul, fiatalabbaknál azonban idegrendszeri betegségek kísérő tünete lehet), ízületi duzzanat. A *mellkason* megfigyelhető a légzés típusa, az általában veleszületett rendelleneségek, a hordó alakú, cipész- és tyúk-mellkas. A *has* előre domborodását okozhatja a hasüregben felgyülemlett folyadék és a túl sok bélgáz. *A körmök* színe bizonyos betegségekre utalhatnak, és a személy ápoltságáról is árulkodnak.

- A beteggel/klienssel való találkozáskor szembetűnő a *beteg járása,* amely lehet bizonytalan, történhet segédeszköz, vagy segítség igénybevételével.

- *A fájdalom* fennállásának külső tünetei vannak: arckifejezés, testmozdulatok, fáradt, aggódó tekintet, nyugtalanság és gyakran előfordul, hogy a beteg ráteszi a kezét a fájdalmas területre. A fájdalom jellege szerint lehet: tompa, szúró vagy görcsös. A fájdalmat átélő ember viselkedése különböző. Nagy, görcsös fájdalom esetén nyugtalanság jellemző, de előfordulhat mozdulatlanság is a fájdalom csökkentése céljából. A fájdalom lehet akut (hirtelen fellépő, kezelés hatására viszonylag rövid időn belül megszűnik), és lehet krónikus (állandóan fennálló – ilyenkor a beteg rosszkedvű, lehangolt, fáradékony, depresszióssá is válhat).

2.2.2 A tudatállapot megfigyelése

A beteg/kliens *tudatállapotáról* megfigyeléssel és a beszélgetés során tudunk tájékozódni. Viselkedése, arckifejezése és a feltett kérdésekre adott válasza alapján kiderül, hogy a tudata ép, vagy zavart. A tiszta tudatú ember kérdéseinkre megfelelő választ ad, térben és időben tájékozott (tudja, hol van, személyes adatait megmondja).

Kóros tudatállapotok:
- érdektelenség, közöny (apathia)
- aluszékonyság (somnolentia)
- mély kábultság, öntudatlanság (sopor)
- eszméletlenség és kóma
- gondtalan, fokozottan jó, emelkedett hangulat
- térbeli és időbeli tájékozatlanság
- negativizmus
- a tudat elborulása, átmeneti tudatzavar
- haláltusa, haldoklás, halálküzdelem

Érdektelenség, közöny: A beteg a környezetével szemben érdektelen, kérdéseinkre válaszol, de lassan. Gyógyíthatatlan betegségekben, érrendszeri megbetegedésben, és elmebetegségben fordulhat elő.
Aluszékonyság: a beteg az egész napot félálomban tölti, de felébreszthető. Ha nem foglalkoznak vele, elalszik. Lázas állapotokban, mérgezéseknél, oxigénhiányos állapotoknál észlelhetjük.

Mély kábultság, öntudatlanság: mély alvás, amelyből a beteg csak erős ingerekkel ébreszthető fel. Idegrendszeri betegségekben, mérgezésekben, altatószer túladagolásban fordul elő.

Eszméletlenség, kóma: a látszólag mély alvásban lévő ember semmilyen ingerrel nem ébreszthető fel. Az eszméletlenség a tudatzavarok legsúlyosabb formálja, ennek a legmélyebb foka a kóma. Cukorbetegség, májelégtelenség esetén, agyvérzés vagy agysérülés következtében tapasztalható. Ez az állapot azért alakul ki, mert az agyi keringés súlyosan károsodik.

Gondtalan, fokozottan jó, emelkedett hangulat (eufória): ez az állapot a beteg állapotának súlyosbodását is jelentheti, ezért felismerése nagy jelentőséggel bír. Néha a halálküzdelmet megelőző időben lép fel. Előfordulhat alkohol és kábítószer fogyasztás után is.

Térbeli és időbeli tájékozatlanság: nagyfokú feledékenység, ami főleg agyi keringési zavarban szenvedő betegeknél fordul elő. A beteg térben és időben nem tájékozott. Nem tudja, hol van, hogyan került oda, nem tudja, hogy milyen nap van, és személyes adatait sem képes megmondani. Az idős korral járó feledékenységre jellemző, hogy a közelmúltra nem, de a távolabbi múltra emlékszik, ezek az események élénken élnek az emlékezetében.

Negativizmus: a beteg minden kérésnek ellenáll, nem együttműködő.

A tudat elborulása, átmeneti tudatzavar: nagyfokú izgatottsággal járó tudatzavar. A beteg nyugtalan, kiabál, nem létező személyekhez beszél, hallucinál.

Delírium tremens: idült alkoholizmus esetén előforduló állapot. A beteg nyugtalan, érzékcsalódás jellemzi, a nyugtalansága akár a dührohamig fokozódhat.

Haláltusa, haldoklás, halálküzdelem: kóros tudatállapotokat követően, vagy előzmények nélkül lép fel. Nyugtalanná, izgatottá vagy csendessé válik a beteg, kapcsolatát fokozatosan elveszti a külvilággal.

3. Fejezet Címe: A betegség lelki tüneteinek jelentősége az ellátásban

Összefoglalás:
A betegségek kialakulása leggyakrabban lelki tünetekben is kifejeződik, aminek a felismerése és kezelése nélkül a beteg/kliens állapota tovább változhat negatív irányba. Ezeknek a tüneteknek az összegzésében nyújt segítséget ez a fejezet.

Cél: A betegségekkel járó lelki tünetek észlelésével kapcsolatos ismeretek összegzése. A kliens pszichés állapotának megfigyelése, tünetek felismerése segítheti az ápolót, gondozót, a beteg viselkedésének hatékonyabbá tételében.

Kulcsszavak
Személyiség, pszichés állapot megfigyelése, érzékelés észlelés zavarai, hangulati élet zavarai, kognitív zavarok

Tanulást segítő kérdések
Sorolja fel a pszichés állapot megfigyelésének szempontjait!
Sorolja fel az érzékelés észlelés zavarai!
Ismertesse a hangulati élet zavarait!
Sorolja fel a demencia tüneteit!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Virginia Henderson: Az ápolás alapelvei (ICN) Ápolók Nemzetközi Tanácsa 1986. Kiadó: Magyar Kórházszövetség
Patricia Potter – Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2013.
Helembai Kornélia: Általános Ápoláslélektan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2012.
Dr. Tringer László: A pszichiártria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.

3. A betegségek lelki tüneteinek jelentősége az ellátásban

3.1. A személyiség

A személyiség az egyén azon – viszonylag tartós – sajátosságainak együttese, amelyek őt mindenki mástól megkülönböztetik, meghatározva viselkedését és gondolkodását. Kialakulásában a veleszületett adottságok, a tapasztalatok és az önnevelés egyaránt szerepet játszanak. Működését két ellentétes folyamat: az asszimiláció (modellnyújtás, autonómia) és az akkomodáció (modellkövetés) egyensúlya, és a környezettel való kölcsönhatásban kibontakozó folyamatos fejlődés jellemzi. Az ép személyiség jellemzője, hogy reálisan méri fel saját képességeit és a környezet feléje irányuló elvárásait. (Tringer, 2010)

Személyiség-összetevők, a legfontosabb személyiségtulajdonságok (személyiségjegyek):

Érdeklődés: olyan személyiségjegy, tulajdonság, amely az ember megismerési funkcióinak érzelmekkel színezett irányulását határozza meg. Nagyon fiatal korban alakul ki. Van tartalma, mélysége, amit lehet vizsgálni.

Képességek: öröklött és/vagy szerzett képességek, tulajdonságok. Fejlesztésüknek alapvető feltétele a motiváció.

Motiváció: a cselekvés ösztönzése, konkrét formában mutatkozik meg a cselekvés végrehajtásában; tevékenységeinket meghatározza.

Adottságok (hajlamok): képességeinknek örökletes v. veleszületett alakja.

A betegséget átélő személy állapotából adódóan szükségletei kielégítésében korlátozott, segítségre szorul, amit nehezen élhet meg. A betegség lelkileg megterhelő az egyén számára.

3.2 A pszichés állapot megfigyelése

A beteg, problémákkal küzdő ember tolerancia szintje csökken, beszűkül a szociális érzékenysége, ami negatívan befolyásolja az önmagához és a környezetéhez való viszonyát. Megváltozik a magatartása. Ez a változás egy alig észrevehető önmagába fordulástól a személyes kapcsolatok teljes visszautasításáig terjedhet. A rövid ideig tartó, enyhébb betegség szerény változást szokott előidézni az egyén és családja életében. A súlyos betegség viszont jelentősen megváltoztatja a beteg magatartását, érzelmi életét; szorongást, depressziót, lelki összeomlást válthat ki.

A különböző betegségek vagy egyéb megterhelések korlátozhatják az ember teljesítő képességét, megváltoztathatják megszokott életvitelét, amely az önbecsülés zavarhoz vezethet. A megzavart egyensúly érinti az egyén különböző társadalmi (családi, munkahelyi, egyéb társas) szerepeit, amelyeket nem tud betölteni a saját elvárásainak megfelelően, vagy azért, mert a vele szemben támasztott elvárások – betegsége, túlterheltsége miatt – nem egyértelműek. (Helembai, 2012)

A pszichés állapot megfigyelése több szempont szerint végezhető. Az állapot felméréséhez az emberi kompetencia területein jelentkező zavarok feltárásához – ápoláslélektani megközelítésben – az alábbi jellemzőket javasolt figyelembe venni (Helembai, 2012):

- *A tudatállapot működésének jellemzői,*

- *A személy betegséghez való viszonyulása,*
- *A stressz és megküzdési stratégiák vonásai,*
- *Az interperszonális (személyek közötti) konfliktusok kezelésének stratégiái*,
- *A veszteség formái,*
- *A haldoklás tudatosulásának szakaszai*,
- *A betegséghez fűződő érzés-minőségek*.

3.2.1 A tudatállapot működésének jellemzői

A tudatállapot működésének jellemzői: megfigyelhető a gondolkodás világossága, térbeli és időbeli rendje, a gondolkodás sebessége, irányíthatósága, érthetősége és rendszeressége, felfedezhetőek a tudat zavarának heveny és idült formái.

3.2.2 A személy betegséghez való viszonyulása lehet:

Averzív (elkerülő) viselkedés esetén: három jól felismerhető betegségélmény és betegségmagatartás különíthető el:

- *Közönyös*: a beteg úgy viselkedik, mintha nem érdekelné a saját állapota a gyógyulás esélye. Általában a család kérésére keresi fel az orvost, azért, hogy ne kelljen az állandó aggodalmaskodást hallgatni. Szkeptikus, kételkedik az orvos, a gyógyszerek és az eljárások fontosságát illetően, látszólag nem törődik a betegségével. Az utasítások és javaslatok betartását általában figyelni kell a hozzátartozónak, mivel azokról hajlamos a beteg „megfeledkezni". Ez olyan reakcióképzés, amikor a nagyon fontos helyébe a „teljesen mindegy" lép.

- *Tagadó:* sem önmaga, sem a környezete előtt nem ismeri el a betegségét. A betegséggel járó szorongás elől a beteg szintén kitér, mint a közömbösen viselkedő beteg.

- *Bagatellizáló:* az egyén a betegséget és a következményeit átmeneti, és/vagy csekély zavarnak tekinti. Tüneteit és a betegség esetleges következményeit azonban nem érdektelenségbe, hanem a jelenség lekicsinylésébe burkolva bagatellizálja. A gondoskodásra szkeptikusan, esetenként rejtett elutasító, dacos viselkedéssel reagál. A probléma jelentéktelenségét hamis érvekkel igazolja.

Adekvát (reális) viselkedés esetén: a beteg vállalja a szembesülést a problémával, reálisan viszonyul betegségéhez. A betegség legyőzésére törekszik, keresi a segítő erőforrásokat. Szembeszáll a szorongás elhatalmasodásával.

Adiens (betegséget túlértékelő) viselkedést tanúsító betegeknél két magatartás figyelhető meg:

- *a betegségtől fokozottan félő* személyek életének előtörténetében valószínűsíthetően a betegség kiemelt hangsúlyt kapott valamilyen formában (pl.: a szülő egyik gyermekét elvesztette egy betegség következtében, az életben maradt gyermek minden egészségügyi problémáját, betegségét felnagyítja, mert fél a gyermeke elvesztésétől). A betegség fel van nagyítva, túlzott aggodalmaskodás kíséri. A szociális tanulás révén ezt rögzíti az egyén, aggodalmaskodik, állandóan önmagát figyeli, feltételezve, hogy a veszélyt jelentő betegség bármely pillanatban megjelenhet. Gyakran olyan erős lehet a személy megbetegedéstől való félelme, hogy ettől többet szenved, mint az esetlegesen fennálló tényleges betegségtől. Ez a tartós szorongás megterheli az egyén pszichikus és fiziológiai működését, és ez által jelentősen gyengítheti az immunrendszer hatékonyságát. A krónikus szorongás egy idő után az egyensúlyi állapot megbomlásához, pszichoszomatikus tünetek és valódi betegségek kialakulásához vezethet.

- *a betegségkeresők* tudatosan vagy tudattalanul törekszenek a betegszerep kivívására. Ragaszkodnak a betegszerephez, panaszaik rögzülnek, nem éreznek javulást. Az ilyen betegek előnyt kovácsolnak betegségükből, amiért harcolni is képesek. Ennek oka az, hogy számukra a beteg-státusz átmenetileg feloldást jelent a kötelezettségeik teljesítése alól. Betegségbe menekülve mentesülnek az olyan problémák megoldása alól, amelyet önerőből nem tudnának megoldani.

A betegséggel való szembesülés nem megfelelő formáinak közös vonása, hogy nagyban akadályozzák a gyógyulást, és ezzel együtt az optimális terhelés és életvitel kialakítását.

3.2.3 Stresszre válaszoló megküzdési stratégiák

A testi és/vagy lelki egyensúly megbomlása olyan viselkedési módokat indít el, amelynek célja kivédeni, vagy ha ez már nem lehetséges, akkor megküzdeni az embert fenyegető stresszorokkal és azok következményeivel, helyreállítani a megzavart egyensúlyt. Ezeket a viselkedésmódokat nevezzük megküzdési stratégiáknak. A személyen belül zajló megküzdési stratégiák két fő csoportja:

Problémaközpontú megküzdés: Elsőként az az egyén számba veszi azokat az információkat, amiket ismer a betegségével és annak következményeivel kapcsolatban, és azokat is, amiket nem ismer. Kiválasztja a lehetséges beavatkozási lehetőségek közül a számára elérhetőt és megfelelőt. Az a beteg, aki a probléma leküzdésére koncentrál, elfogadja az átmeneti korlátozásokat, megváltoztatja az addigi életvitelét, mindent megtesz, hogy autonómiáját – önállóságát és szabadságát – minél hamarabb visszanyerhesse.

Az érzelemközpontú megküzdés célja a probléma megoldásának elkerülése, vagy elhalasztása, a negatív érzelmek elhatalmasodásának fékezése. Formái:

- *Kérődző stratégia*: elszigetelődés, önsajnálatba merülés, meditálás azon, hogy milyen rossz neki, aggodalmaskodás a jövő miatt, miközben semmit nem tesz a megoldás érdekében. A beteg szerencsétlennek érzi magát, nem tagadja le, vagy fojtja el érzelmeit, hanem átéli azokat. Ez a stratégia alkalmas lehet a keletkezett érzelmi feszültség csökkentésére, amelyet követően a beteg vagy hozzátartozó eredményesen képes alkalmazni a problémaközpontú megküzdési stratégiát. Vannak helyzetek, amikor nincs lehetőség a problémaközpontú megoldás alkalmazására. Pl. ismeretlen eredetű rosszullét esetén a vizsgálati eredményekre váró, maximálisan együttműködő beteg megéli a tehetetlenség, a befolyásolhatóság és bejósolhatóság hiányának érzelmileg kimerítő hatását. A betegség beazonosítása lehetővé teszi a célirányos beavatkozás kiválasztását és a helyzet feletti kontroll gyakorlását.

- *Elterelő stratégia* is segíthet a nehéz időszak áthidalásában. A beteg olyan tevékenységekbe kezd, amelyek kellemesek számára, és legfőképpen elterelik a gondolatait a nagyfokú szorongást okozó problémától. Ha viszont ez a megküzdési mód tartósan fennmarad, s még akkor is alkalmazza az egyén, ha már másképpen is cselekedhetne, akkor már nem tekinthető megfelelő stratégiának, ez esetben ugyanis a beteg nem néz szembe a problémáival és letagadja az érzelmeit.

- *Negatív elkerülő megküzdési stratégia:* az egyén a feszültségét romboló viselkedéssel próbálja levezetni (alkoholfogyasztás, összeférhetetlen magatartás).

3.2.4 Az interperszonális (személyek közötti) konfliktusok kezelésének stratégiái

A különböző problémákból fakadó feszültségek konfliktusokat gerjeszthetnek a személyek közötti kapcsolatokban. A személyek konfrontációjához vezet, ha érdekkülönbség áll fenn köztük, és ha azonos

törekvést eltérő módon kívánnak magvalósítani. A konfliktus feloldására irányuló konfliktuskezelési stratégiák a következők lehetnek:

Alkalmazkodó konfliktuskezelés: a felek a kapcsolat fenntartására törekednek. Kölcsönös tisztelet alapján nem erőltetik rá saját céljaikat a másikra minden áron, hanem időről-időre engednek. A beteg, hogy megőrizze jó kapcsolatát az ápolóval, elfogadja segítségét, amit korábban esetleg elutasított. Pl.: a beteg nem szívesen sétál a folyosón, de az ápoló kérésére megteszi.

Kompromisszumkeresés: a felek az érvek figyelembevételével felülvizsgálják a nézeteiket, némelyikről lemondva a „közös nevező" megtalálásával eljutnak a mindenki számára elfogadható megoldáshoz. Mindkét fél lemond valamiről. Pl.: a beteg – mobilizálása során – együttműködik az ápolóval, sétálni megy vele, de nem azt a távolságot teszi meg, amit az ápoló kért. Mindketten engednek a kapcsolat fenntartása érdekében.

Problémamegoldó stratégia: A felek olyan megoldások kiválasztását kívánják elérni, amelyek mindkettőjüknek tökéletesen megfelelnek az eredményesség szempontjából. Jellemző a felek egymás iránti tisztelete és a türelem a legjobb megoldás kiválasztását illetően. A beteg-ápoló közötti kapcsolatban ez a leghatékonyabb problémamegoldó stratégia. Pl.: a beteg elmondja, hogy nem szeretne a folyosón sétálni, mert az neki nem jó érzés. Az ápoló ezért a szobában sétáltatja, többször megtéve a távolságot.

Elkerülő stratégia: a konfrontálódáshoz kapcsolódó negatív érzések miatt a felek kitérnek a konfliktus elől (nem hozzák szóba a problémát vagy témát váltanak). Igyekeznek megőrizni a harmonikus kapcsolat látszatát. Pl.: A mobilizálás során az ápoló erőlteti a folyosón való sétát, ami feszültséget kelt a betegben. A beteg nem megfelelően reagál, akarata ellenére megsérti az ápolót. A helyzet mindenki számára kellemetlen, de nem beszélik meg. Megvalósul a mobilizálás, de feszültség van a beteg és ápoló között. ami akadályozza a szakszerű ellátást.

Versengő stratégia: lényege a mások érdekeinek és szempontjainak a figyelmen kívül hagyása, esetenként fenyegetés alkalmazása, a saját cél és akarat érvényesítése érdekében. A beteg megfenyegeti az ápolót, hogy következményei lesznek, ha nem azt teszi, amit ő kér tőle. A fenti példánknál maradva, a beteg a mobilizáláskor nem hajlandó a kórtermet elhagyni, és ha ezt nem veszi figyelembe az ápoló, akkor számolnia kell a következményekkel.

3.2.5 Veszteség típusai

A külső és belső világunk harmóniájához tartozó dolgok vagy jelenségek sérülését, esetleges elvesztését veszteségélményként éljük meg. A veszteségeket negatív érzések kísérik, amelyekkel mindenkinek meg kell birkóznia. Az emberekkel való foglalkozás során az ápolásban igen lényeges felismerni a beteg/kliens veszteségélményeit, mert ez nagyban hozzájárul a viselkedésük/magatartásuk megértéséhez. A veszteségeket csoportosíthatjuk több szempontból:

Jellege szerint:

- *Valós veszteség:* olyan reális veszteség, amely mások számára is könnyen beazonosítható.

- *Megélt veszteség* (szubjektív): mások számára nem nyilvánvaló veszteség, amelynek minősége és az egyén számára hordozott jelentősége csak megfelelő interperszonális (személyek közötti) kapcsolatok keretében tárható fel.

A veszteség *eredete szerint* lehet:

- *érési veszteség:* ezek az életszakaszok változásához kapcsolódó veszteségek, mint például a gyermekkor elvesztése a felnőtté váláskor, vagy a menopauza megjelenése.

- *szituációs veszteség*: a külső/belső világ bizonyos eseményei hatására kialakuló veszteségélmények, amelyeket gyakran összekapcsolódnak az érési veszteségek csoportjával (pl. válás okozta veszteségek, az idő múlásával egyes szeretteink elvesztése).

A veszteségek objektív szempontból *súlyossági fokozat szerint* is megkülönböztethetőek.

A veszteségek *Maslow piramisát alapul véve* – a következők lehetnek:

- Önmegvalósításhoz kapcsolódó veszteség - *az élet elvesztése*: a legsúlyosabb veszteség. A család egy tagja, vagy egy gyermekkori barát elvesztése miatt úgy érezheti az egyén, hogy saját személyiségének egy részét is elvesztette. A saját élet elvesztése az én megsemmisülését jelenti, melynek elfogadása többnyire egy sajátos folyamat eredményeként és sajátos viselkedési módok mozgósítása útján valósul meg.

- Megbecsülés, önbecsülés - a*z én elemének elvesztése*: a betegség és az ahhoz kapcsolódó látásromlás, emlékezeti működés hanyatlása, amputáció stb. az én fontos elemének elvesztését okozza. Hosszabb-rövidebb időre negatív irányba módosul az egyén saját test- és énképéről kialakított képzete, ami létezésének valamennyi dimenziójában a változáshoz való alkalmazkodásra készteti. (Pl. A színésznek, akinek hivatása az önkifejezés és az önmegvalósítás legfontosabb formája, agyvérzés következtében megsérül beszédközpontja, vagy egy zongoristának lebénul a keze.)

- Szeretet és valahová tartozás – *fontos személy elvesztése*: a szeretett személyek (barát, családtag, szülő, gondozó) elvesztését, hiányát az egyén veszteségként éli meg. Amikor az ember a valakihez való tartozásban és a szeretet iránti szükségletének kielégítésében hiányt szenved, az a magányosság érzésének megjelenéséhet vezethet.

- Biztonságérzés és fizikai biztonság – a *megszokott környezet elvesztése:* idős embereknél, gyerekeknél, fogyatékos személyeknél, a megszokott környezetből való kiemelés lelki megterhelést jelent, gyógyulást hátrálható tényezőként szerepelhet, állapotromlást eredményezhet. A biztonságot számára a megszokott, ismert környezet adta. (Egészséges emberként is, ha elköltözünk egy másik városba, megterhelő számunkra.) Minden ismeretlen, az új helyzet a problémamegoldó gondolkodás állandó működését kívánja meg.

- Alapvető testi, fiziológiás szükséglet – *külső tárgyak/források elvesztése:* ide soroljuk a megfosztás, lopás, elvesztés miatt kialakuló veszteségélményt. A negatív érzések fokát befolyásolhatja a tárgy értéke, hasznossága, de erősen függ a tárgyaknak tulajdonított szubjektív jelentőségtől is (egy kedves emlék valakitől, aki sokat jelentett az egyén számára). Egy szekrénybe berakott papucs eltünése a beteg reményét semmisítheti meg, ha az számára a gyógyulást a felkelés lehetőségét szimbolizálta.

Ha eltérő mértékben is, a veszteségek valamennyi formáját szomorúság, sajátos lehangolt érzelmi állapot, a gyász érzése kíséri.

3.2.6 A haldoklás tudatosulásának szakaszai

Zárt tudatosság: az egyén haldoklik, de senki sem informálta erről, és ő maga sem feltételezi. A vizsgálatok száma gyarapszik, a betegnek egyre több a kérdése, de csak zavaros, nem egyértelmű válaszokat kap, az állapotában nem érez javulást, sőt annak hanyatlását tapasztalja. A beteg kétségbe vonja a kérdéseire kapott válaszok hitelességét.

Gyanakvó tudatosulás: a beteg sok időt fordít a környezetében lévők közléseinek és metakommunikációs jelzéseinek a megfigyelésére. Felismeri, hogy környezete nem tudja, hogy tisztában van állapota súlyosságával. A beteg törekedhet arra, hogy környezete, a számára fontos emberek ne vegyék észre, hogy már tisztán látja és értékeli a helyzetét. Ezzel a hozzáállással akarja védeni szeretteit, ahogyan ők is védik őt az igazságtól.

Kölcsönös tettetés szakasza: a család és az ápoló tudja, hogy a beteg felismerte a halál elkerülhetetlenségét. Mindenki úgy tesz, mintha semmi sem változott volna meg. Nincs senki az egyén környezetében, akivel őszintén beszélhetne, ezért sérül a beteg gyászfolyamata, és vele együtt a felkészülése a békés halálra. Akadályozott az elbúcsúzás értékes lehetősége.

Nyílt tudatosság szakasza: a beteg és a hozzátartozók teljesen tudatában vannak annak, hogy a halál bármikor bekövetkezhet, de nem ismerik annak az idejét és módját, valamint a várható komplikációkat. Sokszor ebben a végső állapotban jutnak el az emberek az őszinteségig, amikor a beteg elmondhatja kívánságait a halálával, vagy más, számára fontos dologgal kapcsolatban.

A haldokló embernek az egész folyamat során szüksége van szerettei közelségére, és hitének megfelelő vallási támogatására. Fontos számára a tisztelet és őszinteség, ami a bizonytalanság érzését enyhíti, és az a tudat, hogy szeretik és elfogadják őt.

3.2.7 A betegséghez fűződő érzésminőségek

Önértékelés: A rendelleneségek, a traumatikus élmények megzavarhatják az egyén önmagáról és képességeiről kialakított elképzelését. A betegségek, sérülések együtt járhatnak a csökkent önértékelés és a másság érzésével, ami arányos a személy által megélt veszteség mértékével. Csökkent önértékelés esetén a beteg negatív jelzőkkel minősíti képességeit és önmagát. A csökkent önértékelés rögzülhet. Az beteg gondozása során növelni kell önbecsülését: segíteni kell őt abban, hogy megélje és kihasználja saját értékeit, erőforrásait. (Egy feladat sikeres elvégzése pozitív érzésekkel tölti el.)

Tehetetlenség: a probléma hatékony megoldása a beteg, cselekvő részvétele, belső erőforrásainak mozgósítása nélkül nem lehetséges. A tehetetlenségérzés egyénenként különböző fokot érhet el. Az átmeneti sikertelenség-érzéstől a súlyos depresszív állapotig terjedhet a tehetetlenség bénító hatása. A tehetetlenség legyőzése ezért éppen annyira lényeges, mint más fiziológiai és pszichológiai zavarok megszüntetése, mivel az én-erő mozgósítása enélkül nem lehetséges.

Szorongás: az ember és a betegség találkozása az egyénben nemkívánatos pszichés folyamatot, szorongást eredményez. A szorongás az énre nézve bizonytalan forrásból származó fenyegetettség vagy veszély érzése. A szorongás kínos érzelmi jelenség, amely hangulatingadozást válthat ki az egyénből, a szorongás tényleges okának tudatosítása nélkül. Ha az egyén tudatosítja a szorongását, de az feldolgozatlanul elfojtásra kerül, az fenntartja a szorongásos feszültséget. A kiváltó ok eredetétől, jellegétől és az egyén érzékenységétől függően a szorongás intenzitása igen eltérő lehet.

A betegek/kliensek nem minden esetben mondják el a gondolataikat, fogalmazzák meg a szorongásaikat, csak a viselkedéseikből következtethetünk ezekre.

A leggyakoribb reakció a szorongás csökkentésére az intellektualizálás, azaz a probléma személytelen, és/vagy tudományos szempontú megközelítése. A beteg listázza a betegség tüneteit, várható lefolyását, a lehetséges szövődményeket, a jóváhagyott kezelés előnyeit és hátrányait, későbbi kilátásait, mint például „a betegség tartós hőemelkedéssel az immunrendszer meggyengülésével jár; a kemoterápia miatt hajhullás következik be”. A tényeket mintegy kívülállóként, objektív módon szemléli, melynek eredményeként csökken a belső izgalmi hőfok szintje. (Helembai, 2012)

3.3. Az érzékelés, észlelés zavarai

Az érzékelés zavarait három csoportba sorolhatjuk:

3.3.1 Az érzékszervi károsodás okozta érzékelési zavarok:
ide a legkülönbözőbb érzékszervi zavarok sorolhatók (a tapintás, látás, hallás, íz, szaglás, egyensúly zavarai, de idesorolják a beszédzavarokat is).

3.3.2 Az érzékelés kvantitatív (mennyiségi) zavarai

- *hiperesztézia* (túlérzékenység), Az egyén érzékelése megváltozik, túl soknak, számára feldolgozathatatlannak érzékeli az ingereket. Kialakulhat testi betegség kapcsán, kifáradás vagy különféle pszichózisok talaján.

- *hipoesztézia* (csökkent érzékelés) a beteg túl keveset érzékel a valóságból, az őt érő ingerekből. Alkalmazkodási zavart okoz, nem megfelelően érzékeli a valóságot. Létrejöhet gyengeelméjűség esetében, elmebetegségben, az éberség szintjének csökkenésekor, erős indulat hatására, hisztériásoknál.

3.3.3 A kvalitatív (minőségi) zavarok

Az érzékelés torzulása – a kívülről és a belülről érkező ingereket másnak érzékeli az egyén, mint amilyen a valóságban. (Pl.: valaki kánikulában fázik, tárgyilagos kijelentést támadásnak vesz, feltör benne egy óriási fájdalom /belső inger/, amit dühként érzékel, és ezért agresszívvá válik).

Tartalmi zavarok:

- *illúzió* esetén a külvilági tárgyakat, jelenségeket hamisan érzékeli az egyén (van külső tárgy, inger, de azt félreismeri, félreérti). Tipikusan az epilepszia, skizofrénia, hisztéria tüneti képében található meg, de egészséges embereknél is jelentkezhet. (Pl.: a fák árnyékát emberalaknak látja a beteg).

- *hallucináció:* külvilági inger nélküli észlelés, amely az érzet minden sajátosságával rendelkezik, vagyis a beteg meg van győződve érzékelésének valóságosságáról. Okozhatják mérgek, hallucinogén anyagok, felléphet fáradt állapotban, traumák után, okozhatja cerebrális izgalom, epilepszia, pszichiátriai korképek. (Pl.: nem beszél senki, mégis emberi hangokat hall a beteg.) *Pszeudo-hallucinációnak* nevezzük azokat a hallucinációkat, amikor a beteg tudatában van annak, hogy amit az érzékszerveivel érez, az nem a valóságnak megfelelő (a skizofrén beteg ezzel szemben meg van győződve a hallucinációi valódiságáról).

  A hallucinációk fajtái:
  - *látási hallucinációk,* pl. nem létező bogarakat, emberi alakokat, tárgyakat lát a beteg.
  - *hallási hallucinációk*, mint elemi hangok észlelése, pl. zaj, zörej, zúgás (többnyire organikus agyi betegségekben fordul elő), vagy kívülről jövő hangokat észlel, amelyek szidják, utasítják, esetleg dicsérik a beteget (ez utóbbi a skizofréniára jellemző);
  - *szaglási- és ízérzési hallucinációknál* a beteg kellemetlen, kellemes vagy szokatlan szagokat, ízeket érez (agytumornál, epilepsziás aurában és skizofréniában fordulnak elő);
  - *szerv-érzési hallucinációk* a skizofréniában a leggyakoribbak (a beteg úgy érzi, hogy vonaglanak, tekeregnek a belei, veséit marokra fogják stb.)

- *képzetanomáliák:* a normál gondolkodásban, tudatban keverednek a valóságos és a szubjektív, csak az egyén számára létező észlelések, érzetek és képzetek (képzelgések-fantáziák, emlékezési hallucináció, „meseszövés", kóros hazudozás).

Az észlelés abnormalitásai közé sorolhatók:

- az *időélmény zavara*, amikor a beteg időérzékelése torzul, a vele történt eseményeket nem tudja elhelyezni időrendben, nem tud „a mában élni",
- a *térélmény zavara,* amikor a tárgyak a beteg számára túl kicsik, nagyok, vagy torzak, a közel-távol, és az arányok megérzése elveszett,
- a *testséma zavara* – fantomfájdalom, egyes testrész önálló lényként való megélése,
- a *realitásérzés zavarai,* amikor az objektív valóság és a szubjektív élmény közötti határ elmosódik, a reális irreálissá válik és fordítva,
- a *tévely:* a gondolkodás, az érzelmek és az ítéletalkotás zavara,
- a *külvilág elidegenedése:* az egyén úgy érzi, hogy megváltoztak körülötte az emberek, a tárgyak a színek,
- a *megzavart érzékelés* – az érzékelés hasadása.

3.4. A hangulati élet zavarai

Amíg az egészséges ember hangulata széles skálán változik, számos tényező befolyásolja, illeszkedik az eseményekhez és bizonyos mértékig önkontroll alatt tartható, addig hangulatzavarban a kontroll elvész, a hangulat eluralkodik, tartósan valamely szélső irányba tolódik *(felfelé: mánia, lefelé: depresszió)*. A környezet történései alig befolyásolják a hangulatot. A hangulatváltozás kihat *a viselkedésre, érzékelésre, érzelmekre, kognitív és vegetatív funkciókra, a kapcsolatokra*, a teljesítményre. A hangulatzavar tünetei kevésbé szembe tűnőek, gyakran elfedik a testi betegségek.

A mániás szindróma ritkán fordul elő, a depressziós állapotok azonban a leggyakoribb betegségek közé tartoznak. A lakosság 15-20%-a betegszik meg a depresszió valamilyen formájában, sőt vannak adatok, amelyek szerint az orvoshoz forduló betegek 40%-ánál is fellelhetők e betegség tünetei. Ezért ennek felismerése és kezelése nagyon fontos az ápolói és gondozói munka során, ugyanis gyakori szövődmény depresszióban a sikertelen öngyógyítás következményeképpen kialakuló alkohol- vagy gyógyszerfüggőség.

A depresszióban fellépő egyik különösen veszélyes probléma az öngyilkosság szándéka. A depressziós beteg öngyilkossági vágya a kilátástalanság, az abszolút pesszimizmus és a reménytelenség érzéséből ered. A depresszió az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkossági halál egyik leggyakoribb oka. Az affektív (érzelmeket érintő) betegségeket gyakran kísérik negatív irányú szociális változások. A depressziós beteg az újból és újból jelentkező rossz időszak alatti energiavesztése, visszahúzódása, koncentrációs zavarai, romló teljesítménye miatt elveszítheti állását, tönkre mehet a családi élete, baráti kapcsolatai.

3.4.1 A súlyos depresszió klinikai képe

A depresszióra jellemző tünet a levert hangulat a nap legnagyobb részében (szomorú, üres, reménytelen), örömképesség elvesztése (nem tud örülni semminek)

Vegetatív tünetek:
- étvágytalanság: nem élvezi/ kívánja az ételt, nem érzi az ízét, kötelességből eszik, vagy koplal,
- székrekedés, szájszárazság, ritkán fokozott étvágy, táplálkozási zavar
- szexuális vágya csökken: nem kívánja, nem élvezi, impotenssé válik

- alvászavar – tipikus a korai ébredés, már éjféltájban (szemben a szorongásos zavarral, ahol elalvási probléma van), ugyanis az antidepresszánstól könnyen elalszik, de korán ébred és nem tud újra elaludni

Motoros tünetek:
- gátoltság: meglassul, magába roskadva ül, „nem lát, nem hall”, megfogyatkozik a mozgás
- atipikus esetben nyugtalanság: kezét tördeli, fel-alá járkál

Kognitív tünetek:
- érdektelenség; érdeklődésvesztés minden szokásos iránt: nem szeret beszélgetni, tévét nézni
- döntésképtelenség
- dekoncentráltság

Érzelmek, önmegélés:
- bűntudat, önvád; ő a rossz, ő a hibás mindenért
- önértéktelenség
- reménytelenség; minden fekete, csak a rosszra emlékszik, nincs jövőképe
- fáradtság, energiahiány

Ezek közül minimum négy tünetnek kell meghatározott ideig fennállnia, hogy a diagnózis felállítható legyen.

A depressziós ember idősebbnek látszik a koránál, kissé elhanyagolt, erőtlen, tónustalan testtartású, csökkent aktivitású, lassú beszédű, nehezére esik beszélni, hosszú szünet után rövid választ ad. Súlyos esetben összetört, csupa ránc, szeme fénytelen. Súlyos depresszióhoz társulhatnak súlyos pszichotikus tünetek: téveszmék, hallucinációk, melyek a depressziós hangulathoz illenek, pl. világvége. Súlyossági foka lehet enyhe, közepes és súlyos.

3.4.2 Mánia

A mánia a depresszió fordítottja, minden a normális tartomány fölé emelkedik.

Tünetei:
- emelkedett hangulat, olyan jól érzi magát, hogy a környezete számára ez már nem elviselhető
- fokozott aktivitás minden szinten
- ingerlékenység, a legkisebb dologra is dühbe gurul
- öltözködése színes, esetleg hivalkodó (súlyos esetben zilált és rendezetlen)
- hangos, tolakodó, gátlástalan, jellemezheti folyamatos beszédkényszer
- nincs betegségtudata
- megnövekedett önértékelés
- folyamatosan mozgásban van, nem érez fáradtságot
- kevés alvás jellemzi, nem panaszkodik, csökken a kritikai képessége
- könnyen becsaphatják, elveszíthet mindent
- étvágya mohó lesz, vagy nincs ideje enni
- szexualitása gátlástalan
- minden érdekli, de semmi nem köti le tartósan, félbehagy mindent

A súlyos nyugtalansággal járó mániás állapotok idős korban az életet veszélyeztetik. Ezeknek fő okai a cardialis decompensatio (szívelégtelenség) és a csökkent metabolizmus (anyagcsere) miatt, s a gyógyszerek mellékhatásai következtében gyakran fellépő szövődmények. A mániás állapotok többnyire súlyos szociális következményekkel járnak: a beteg költekezik, eladhatja feje felől a házát, munkahelyén „lejáratja magát”, a kritikátlan szexuális kapcsolatok miatt felbomolhat a házassága,

fokozatosan kirekesztődik a családból és a társadalomból. Az ápolókra nehéz faladat hárul, hogy a beteget néha akarata ellenére is ápolják, és megóvják olykor önmagával szemben is.

3.5. Kognitív zavarok

A delíriumot, a demenciát és az amnéziát együttesen kognitív zavaroknak nevezhetjük, mivel a kognitív funkciók (az emlékezés, az ítéletalkotás, az elvonatkoztatás) sérülése fontos jellemzője ezeknek az állapotoknak. A kognitív károsodással járó zavarok közül a demencia az az elváltozás, amellyel az ápoló-gondozó munka során a leggyakrabban találkozhatunk.

3.5.1 Demencia

A demenciát a teljesítőképesség, az emlékezet, a gondolkodás, az ítélőképesség, a társas helyzetekhez való alkalmazkodás korábban birtokolt képességeinek fokozatos romlása, majd elvesztése jellemzi. A demencia szerzett betegség, a 65 év felettiek kb. 5%-ánál súlyos, 10%-ánál pedig enyhe demencia diagnosztizálható, a 80 éveseknek pedig minimum 20%- ánál fordul elő súlyos demencia. Bár a dementálódásnak számos oka lehet, a klinikai megjelenés hasonló. A demencia 80%-a visszafordíthatatlan, ennek csak kis része befolyásolható terápiás beavatkozással. A visszafordítható demenciáknál a tünetek fokozatosan csökkennek, de teljes gyógyulás igen ritkán következik be. A demencia olyan folyamat eredménye, amelynek hátterében a központi idegrendszer organikus károsodása áll. Jellemző tünetei közül kiemelkedik a kóros feledékenység.

A demencia tünetei

A demencia általában lassan és fokozatosan fejlődik ki. Az első tüneteknek gyakran nem tulajdonítanak jelentőséget, és a természetes öregedésnek tulajdonítják őket.

A *korai stádiumban*:
- enyhe személyiségváltozások,
- az érdeklődés beszűkülése,
- érzelmi labilitás figyelhető meg.

A betegség előrehaladtával az intellektuális készségek fokozatosan leépülnek, az emlékezet (először a rövidtávú memória) zavarai egyre nyilvánvalóbbá válnak.

Előrehaladott stádiumban a betegek képtelenek alapvető tevékenységeket végrehajtani, így például az önálló étkezés vagy a tisztálkodás is nehézségekbe ütközik. Nem képesek többé új dolgokat megjegyezni, és lassan a régi emlékeik is a feledés homályába vesznek. Előfordulhat, hogy a nevükre sem emlékeznek. Teljes ellátásra szorulnak. A végállapotban a betegek némák és érzéketlenek a külvilági ingerek hatásaira.

A demens beteg ápolása nagy kihívást jelent az ápoló számára. Az ápolás során kiemelt figyelmet kell fordítani a betegekre, mert
- fennáll az elkóborlás veszélye a térbeli tájékozódás elvesztése miatt,
- nem tud vigyázni a saját tulajdonára,
- nem tudja szabályozni a széklet- és vizeletürítését,
- higiéniás igénytelenség alakulhat ki a külleme iránti érdeklődés elvesztése miatt,
- időszakos zavartság jellemzi,
- konfliktushelyzetet teremthet az időbeli tájékozatlansága,
- a kognitív funkciók romlása miatt nem tudja megkülönböztetni a saját és a mások tulajdonát,

- a kiszáradás veszélye fennáll a szomjúságérzet hiánya és az ivás kivitelezésének nehezítettsége miatt,
- napszaki ritmus megfordulása a napközbeni alvás és az éjszakai álmatlanság következtében,
- sérülésveszély a gyógyszerek nem megfelelő szedése és mellékhatásai miatt,
- kommunikációs nehézségek az értelmi hanyatlás miatt,
- a beteg terhelhetőségi szintjének csökkenése,
- új környezetbe (kórház, idősotthon) helyezése állapotromlást eredményezhet,
- folyamatos állapotromlás várható (nem bízhatunk abban, hogy ami tegnap még sikerült neki, az ma is fog)

A beteg kirekesztőik a családból, társadalomból. A családtagokat megviseli a szerettük állapotának romlása, nehezen viselik, hogy már nem ismeri meg őket. A demens zavart pillanatai ijesztőek lehetnek a hozzátartozók számára, testi, szellemi leépülése fájdalmasan érintheti őket.

4. Fejezet címe: A szociális környezet és a betegségek összefüggése.

Összefoglalás:
Az emberen kívüli környezet hatása, egészséget betegséget befolyásoló szerepe régóta ismert. A szociális környezet, (a család, barátok, lakhely, munkahely) befolyásolja az egyén egészségi állapotát, szerepet játszik bizonyos betegségek kialakulásában.

Cél: A szociális környezet egészségre, betegségre gyakorlót hatásának összegzése.

Kulcsszavak
Környezetegészségügy, szociális környezet, mikrokörnyezet, makrokörnyezet

Tanulást segítő kérdések
Ismertesse a környezetegészségügy feladatát!
Ismertesse a szociális környezete összetevőit, a mikro- és makrokörnyezet tagjait!
Összegezze a család, társas környezet egészséget befolyásoló szerepét!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
http://real.mtak.hu/58543/
Münnich Ákos: A mentális egészséget és egészségmagatarást befolyásoló tényezők. Didakt Kiadó, Budapest, 2005.

4. A szociális környezet és a betegségek összefüggése

4.1. Környezet meghatározása

Vizsgálhatjuk a környezeti hatásokat aszerint, hogy mennyire járul hozzá az egészség, megfelelő életminőség fenntartásához, vagy hogyan befolyásolja a rossz közérzet és a betegségek kialakulását. Az emberen kívüli környezet hatása, egészséget és betegséget befolyásoló szerepe régóta ismert. A negatív környezet: a fizikai ártalmak, a hiányos táplálkozás, a megterhelő életkörülmények nagyban hozzájárulnak a belső egyensúly felborulásához. A környezet emberre gyakorolt egészségkárosító hatását a környezet-egészségügy vizsgálja.

Környezet-egészségügy: az egészségügynek a környezet egészségkárosító hatásait és a megelőzés lehetőségeit vizsgáló ága. A környezet- és település-egészségügy feladatait Magyarországon először az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 44. paragrafusa szabályozta.

Az emberre ható, *egészséget és életminőséget befolyásoló tényezők*:

- *biológiai, genetikai adottságok*
- *életmód*
- *környezeti tényezők, hatások*
- *egészségügyi ellátás.*

Biológiai, genetikai adottságok:

- öröklött tulajdonságok (nem, alkat, ellenállóképesség, betegségekre való hajlam),
- életkor.

Életmód:

- egészséget erősítő szokások (testmozgás, táplálkozás, aktív-passzív pihenés),
- egészséget károsító hatások (stressz, élvezeti szerek fogyasztása, szenvedélybetegség),
- anyagi lehetőségek,
- szociális helyzet,
- kielégített és kielégítettlen szükségletek,
- életcélok,
- belső értékrend.

Környezeti tényezők, hatások:

- természeti környezet (levegő, víz, talajszennyezés, zaj, hulladékok)
- társadalmi környezet (család, barátok, munkahely, kultúra, szociális támogatási rendszer)
- gazdasági feltételek (munkanélküliség, gazdasági válság)

Az egészségügyi ellátás rendszere: annak igénybevétele vagy mellőzése

- szűrővizsgálatok,
- védőoltások,
- egészségnevelés.

4.1.1 A szociális környezet

A szociális környezet egy olyan feltételrendszer, amely befolyásolja az egyén fejlődését és működését a társadalomban, formálja személyiségét, képességeit, életszemléletét és gyakorlatát, igényeit és emberi kapcsolatait.
A szociális környezet összetevői (Barnett és Casper):

- fizikai és kulturális környezet, szociális kapcsolatrendszer
- infrastruktúra (épített környezet, ipari és foglalkoztatási feltételek)
- jólét
- közszolgáltatások (szociális, humán és egészségügyi szolgáltatások, közigazgatás, kisebbséggel való bánásmód)
- szociális igazságosság
- művészeti és vallási szerveződések, intézmények működése
- közösséghez tartozás érzése, ereje

A fenti összetevők által alkotott szociális környezetet befolyásolják a földrajzi, kulturális, vallási, történelmi és politikai tényezők.

A szociális *környezetet meghatározó összetevők az egyén szempontjából*:

- jövedelem és jövedelemelosztás
- foglalkoztatás és annak biztonsága
- munkanélküliek ellátása, álláskeresők ellátásának mértéke
- élelmiszerbiztonság
- etnikai, kisebbségi létből fakadó helyzet
- szociális kirekesztettség
- lakás, lakhatás
- korai élmények, korai fejlesztés
- oktatatás és kultúra
- nemek szerinti jellemzők
- biológiai és genetikai faktorok
- egészségmagatartás
- egészségügyi ellátórendszer

A népegészségügyi irodalom az egészségi állapot társadalmi tényezőinek vizsgálatakor a kiváltó okokra szorítkozik, a munkanélküliséget, szegénységet, lakhatást, mint hátrányos tényezőket elemzi. (Papp, 2014.)

A fentieket összefoglalva szociális környezet az, ami körülveszi az egyént a társadalmi életben. A társadalmi környezetet meghatározzák a gazdasági, politikai, társadalmi folyamatok, az anyagi körülmények és a spirituális háttér. A társadalmi környezet mindig egy bizonyos irányba befolyásolja a gondolkodást, viselkedést és az életmódot.

A társadalmi környezet hatását vizsgálva mikro- és makrokörnyezetet különböztethetünk meg.

Mikrokörnyezet, közvetlen környezet:
- család
- barátok
- munkatársak köre, iskolai csoport

Makrokörnyezet, tágabb értelemben vett környezet:

- társadalmi csoportok,
- társadalmi jelenségek, kultúra,
- közintézmények.

A társadalmi környezet hatalmas szerepet játszik a személyiség fejlődésében. Az iskola, család, informális csoportok befolyásolják a személyiség kialakulását, jövőbeni sorsát. A szocializációs folyamatok (az egyén társadalmi kapcsolatokba történő bevonása) révén az egyén személlyé válik, megszerzi az élethez szükséges ismereteket az emberek között, kibontakoztatja a képességeit, készségeit, képessé válik kommunikálni, kapcsolatba lépni és együttműködni másokkal.

4.1.2 Család, társas környezet, mint egészséget befolyásoló tényező

A társas, társadalmi egészség összetevői:

- jó személyközi, interperszonális kommunikációs készségek,
- a bizalom képessége,
- tartalmas emberi kapcsolatok barátokkal és családdal, az intimitás képessége,
- erős szociális háló a nehéz élethelyzetek megoldására.

Mindez szorosan összefügg a kulturális, társadalmi és gazdasági helyzettel, a nemi, etnikai és vallási hovatartozással, a végzettséggel és a hivatást illető identitással. (Kopp és Skrabski, 2004.)

Az egészségre ható tényezők mindegyike folyamatosan változik, így van jelen azok között az emberi tapasztalatok között, amelyek meghatározzák a betegség és a halálozás esélyeit.

Amikor a szociális környezet hatását vizsgáljuk, figyelmet kell fordítanunk az egyén életét és egészségét jelentősen meghatározó *személyes kapcsolatrendszerre*. A biológiai, genetikai adottságunk, az egészségmagatartásunk, a képzettségünk és anyagi biztonságunk rendszerét vizsgálva a *család* meghatározó tényező.

Az egyén életében a *családi kapcsolatok* döntő fontosságúak az egészsége és jóléte szempontjából. A család, a társas kapcsolatok és az egyén egészségi állapota közötti összefüggés már bizonyított. Különböző családformában élőknél különbözik az egészségi állapot és jólét, mivel más életmód társulhat az eltérő családi állapotokhoz. Egy jól működő család erőt ad, átvehet fizikai, egzisztenciális, lelki terheket a betegtől, azonban a betegséget kiváltó rizikófaktorok között szerepel a konfliktusos, rosszul működő családi kapcsolatrendszer.

A szülőktől, nagyszülőktől hozott minták meghatározzák, hogy hogyan tudunk szeretni, örülni, megküzdeni, értéket teremteni és felelős felnőtté válni. A családban a szülők részéről folyamatosan zajlik a *szocializációs alapozás*, a családi nevelés: a komplex tanítás során történő példaadás, rászoktatás, begyakoroltatás. A szeretetteljes családi háttér segítségével, támogatásával képes az embert egészségesen élni.

A *szülők*nek elsődleges szerepe van abban, hogy milyen *viselkedési mintákat* alakít ki a gyermekben. A jó szokásrendszer megszilárdul, és az egyén életének részévé válik. Az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás, a megfelelő higiénés szokások kialakítása, továbbá a stressz, konfliktusok, krízishelyzetek, pl. a gyász kezelése egy családban példaértékű; mélyen beépül az ember személyiségébe.

A *családon belül előforduló devianciák*, a szülőkkel való diszharmonikus kapcsolat rizikótényezője a rossz életvezetési módok, ezen belül a szenvedélybetegség kialakulásának. Az alkoholbeteg, drogproblémákkal küzdő, helytelen értékrend szerint élő szülők gyermeke pszichológiai problémákkal fog küzdeni.

Az egymással rendszeresen kapcsolatban álló személyek alkotta *formális és informális közösségek*, (iskola, munkahely, baráti kör) komoly szereppel bírnak az egyén egészségi állapotának fenntartásában és fejlesztésében. Azonban a foglalkoztatási feltételek, a munkakörülmények, munkahelyi stressz egészségromboló hatása is jelentős lehet. A baráti kör és a kortárscsoport pozitív és negatív irányba is befolyásolhatja az egyén egészségmagatartását.

Az ideálisan működő közösségek valódi közösségként működnek, az emberek között élő kapcsolat van, szükség esetén számíthatnak egymásra. A közösség képes összefogásra, és az egyéni érdekek hatékony képviseletére. A társas támogatás, a stabil közösségi háttér, a *személyes kapcsolati háló* az ember számára a nehézségekkel való megküzdés kulcseleme.

Amikor egy segítségre szorulóval kapcsolatba kerülünk, fontos tisztában lenni a családi és társas kapcsolatrendszerével. A gondozónak, ápolónak át kell látnia, hogy miben számíthat a hozzátartozók segítségére, hogyan tudnak hatékonyan együttműködni. A gyógyulást, a segítő folyamatban meghatározott célok elérését nehezíti az egyén elmagányosodása. A segítőnek fontos feladata, a család támogatását, a rendszeres kapcsolattartást elősegítése.

4.1.3 Lakókörnyezet hatása az egészségre

Lakóhelyünk: szűkebb és tágabb értelemben vett környezetünk jelentősen befolyásolja az egészségünket, egészség-magatartásunkat. Azok az egyének, akik hátrányos szociális helyzetű és alacsony társadalmi státuszú városrészben élnek, gyakran szegregálódnak, elszigetelődnek a magasabb társadalmi osztályoktól.

A nem megfelelő környezet hatással lehet a rizikómagatartások (dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószerfogyasztás) kialakulására.

A lakóhely szerkezete (város, falu, tanya), nemzeti és etnikai környezete, infrastruktúrája, az információkhoz való hozzájutás mértéke, a szabadidő hasznos eltöltésének lehetőségei, az egészségügyi és szociális ellátáshoz való hozzáférés mind befolyásolják az egyén életmódját és kapcsolatát a körülötte lévő világgal.

Magyarországon területi eltérés mutatkozik az anyagi biztonság és a lehetőségek szintjén. Az állások, az állami és piaci szolgáltatások hozzáférésének hiánya jelentős hátrányt okoz. Magyarországon a szegénység, a kirekesztettség elsősorban a falvakban jelentkezik tömegesen. Egy szociálisan hátrányos helyzetű területen a megélhetés nehézségekbe ütközik; jellemző lehet a bűnözés, és a feszültségoldás nem megfelelő módjaként a rizikómagatartások gyakorlása.

Az egészség megőrzésének fontos része az *egzisztenciális biztonság* (megfelelő életkörülmények, élelminőség, anyagi stabilitás) megléte. Az anyagi bizonytalanság miatt kialakuló állandó feszültség krónikus stresszállapotot idéz elő, ami a lelki egyensúllyal együtt az egész szervezet egyensúlyát megborítja. Eleinte fizikai fáradság, levertség, ingerlékenység formájában jelez a testünk, de a későbbiekben fizikai, (szív-érrendszeri, emésztőrendszeri) és mentális (pl. pánik, depresszió) betegségek alakulhat ki.

A helyi környezet *intézményei és szervezetei* jó esetben kielégítik az alapvető társadalmi szükségleteket. Ha ezek hiányoznak vagy nem jól működnek, akkor az alapvető szociális szükségletek részben vagy egészben kielégítetlenek maradnak, ami betegséghez vezethet.

Az ember **o**lyan „társas lény”, aki másoktól elszigetelve nem képes a szükségletei hatékony kielégítésére, fejlődésre és boldogságra. Állandó kölcsönhatásban él földrajzi, fizikai és szociális

környezetével – családtagjaival, barátaival, kollégáival, és mindenkivel, akivel a mindennapi élete során kapcsolatba kerül. Jó esetben ezt a kölcsönhatást harmónia jellemzi. Ha az ember és környezete között megbomlik az egyensúly, abból az *egyéni* (betegségekben testet öltő) problémák mellett sok *társas kapcsolati probléma* fakad, amelynek kezelésében a segítő szakemberek komoly támogatást nyújthatnak.
A segítő munka során főként a segítségre szoruló beteg/kliensre és társas környezetére koncentrálunk, azonban az optimális egyensúly helyreállításához szükséges törődnünk azzal is, hogy újra harmóniába kerüljön a természeti környezetével is, ahonnan a szükségletei kielégítéséhez szükséges javakat szerzi.

Az ember és környezete közötti hatások ismerete azért fontos a segítő szakmát végzőknek, mert a professzionális segítés célja, hogy az ember elérje a WHO által megfogalmazott *teljes egészség* állapotát, amely nem csupán a betegség hiánya, hanem *a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota*.

5. Fejezet címe: Betegségekből eredő viselkedésformák és sajátosságok megjelenése az ellátásban.

Összefoglalás:
A betegségek hatással vannak az ember személyiségére, befolyásolják viselkedését, betegséghez való alkalmazkodást. A beteg ember segítése a betegség terhének elviselésében, az új helyzethez való alkalmazkodásban fontos része a segítő munkának. Ez a fejezet, összefoglalja a leggyakrabban előforduló, betegségek által befolyásolt viselkedésformákat.

Cél: A beteg/kliens személyiségének megismerése, megértése, hogy mi zajlik le a betegségtől szenvedő ember lelkében.

Kulcsszavak
Betegség, mint élménymagatartás, betegség, mint krízishelyzet, szorongás, regresszió, depresszió, öngyilkosság, agresszió, idős kori krízis

Tanulást segítő kérdések
Jellemezze a szorongó beteget/klienst!
Ismertesse a regresszió jeleit a betegen!
Ismertesse a depresszió viselkedésbeli megnyilvánulásait!
Milyen tünetek jelzik a beteg/kliens öngyilkos gondolatait?
Milyen betegségekben jellemző az agresszív magatartás?
Hogyan kezeli a beteg agresszióját?
Ismertesse az idős kor krízise, hogyan befolyásolja a gondozott viselkedését!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Irinyi Tamás: Pszichiátriai szakápolástan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006.
Eric Berne: Emberi Játszmák. Háttér Kiadó Kft, Budapest, 2019.
Noel Burch – Dr Thomas Gordon: Emberi kapcsolatok – Hogyan építhetjük, hogyan rontjuk el. Gordon Kiadó Magyarország Kft., Budapest, 2020.

5. Betegségből eredő viselkedésformák és sajátosságok megjelenése az ellátásban

5.1. A betegség, mint élménymagatartás

A betegség kihat az egész emberre, személyiségre. A betegség és a vele kapcsolatos érzések, élmények, reakciók elválaszthatatlanok egymástól. Ezért is nagy jelentőségű a beteg személyiségének megismerése és megértése. Fontos, hogy tudjuk, mi zajlik le a szenvedő emberben. A betegség átélése függ a betegség előtti személyiségjegyektől: kor, nem, gondolkodási képességek, képzettség, temperamentum, érzelmi-akarati élet jellemzői, hangulat, motiváció, stb. Hogy mit jelent a páciensnek a betegsége, az függ a személyes tapasztalatoktól, műveltségtől, társadalmi előítéletektől, szokásoktól, magatartásoktól, tájékoztatástól (orvos és ápoló részéről). (Irinyi, 2006)

A betegség megélése:

- kezdetben fél az ismeretlentől,
- fenyegetettséget jelent,
- kihívást jelent,
- veszteséget, előnyt jelent, vagy nem tulajdonít jelentőséget;
- bűntudatot hoz felszínre,
- szorongást, depressziót, agresszivitást, regressziót okoz,
- elzárkózást, visszavonulást idéz elő,
- a betegség tagadása (teljesen, részlegese, időlegesen)

„*Az ápolás középpontjában a beteg ember, illetve a beteg ember személyiségének megértése és a vele kialakult kapcsolat áll. Annál jobban ápol valaki, minél fogékonyabb a beteg problémái, személyisége iránt. A megérzés és megértés fő eszköze az, hogy az empátia révén a saját személyiségében felidéződik a másik érzelmi feszültsége*.” (Irinyi, 2006)

5.2. A betegség, mint krízishelyzet

Bármely életszakaszban megjelenő krónikus betegség krízishelyzetet teremt. Az egyén a megterhelésre – azaz a betegségre – alkalmazkodási készségével reagál. Ha az alkalmazkodás elérte határait, az egyensúly felborul, és kóros megnyilvánulások, személyiségi reakciók, neurotikus, pszichotikus megnyilvánulások jelentkeznek.

Ugyancsak megterhelés a kórházba kerüléskor a környezetből való kiszakadás. A betegség miatti fájdalom, szorongás, félelem, rossz közérzet fokozódik, ha idegen környezetbe (rendelőintézetbe, ambulanciára, kórházi osztályra) kell mennie.

Az egyént kétségek gyötrik: „Mit fognak csinálni velem, mi a bajom?” Néha nagyobb a félelem az orvostól, intézménytől, beavatkozástól vagy az altatástól, mint magától a betegségtől. Az első, amivel szemben találja magát az ember, az a várakozás és a kiszolgáltatottság. Ez nagyon megviseli a máskor türelmes embereket is.

Az ápolás/gondozás során sohasem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a beteg ideges, esetleg sértő viselkedése nem a személyünknek szól, hanem a belső feszültségéből ered. A rengeteg felgyülemlett szorongáson, amit a betegség, az egészségügyi környezet, a betegszerep stb. okoz, az egyén már képtelen uralkodni, és kétségbeesésében a hozzá legközelebb állóra zúdítja.

5.3. A szorongás

Nincs olyan testi vagy lelki megbetegedés, amelyben ne találkoznánk a szorongással. Az igazi emberséges gyógyítás egyik alapja: felismerni a beteg szorongását, és megértő bánásmóddal feloldani azt.

Szorongásról akkor beszélünk, ha – rendszerint testi tünetek kíséretében – valódi veszély nélkül támad félelem. A szorongás a félelem olyan formája, amelynek nincs tárgya. Egy kellemetlen, igen változatos testi-lelki tünetekben jelentkező belső állapot ez, amelytől az emberek igyekeznek megszabadulni.

A szorongás *lelki* megnyilvánulásai:

- nagyfokú pszichés, illetve pszicho-motoros nyugtalanság (pl. rángatódzó láb, kéztördelés)
- belső dermedtség
- beszűkül a kontrollképesség, a logikus, világos gondolkodás
- a hangulati életben uralkodóvá válik a nyomottság

Szomatikus (testi) megnyilvánulások:

- aggódó arckifejezés
- tétova tekintet
- gátolt mozgás

A *beszéd* lehet nyugtalanságot tükröző, hadaró, kapkodó (de akár kötekedő is).

Legjelentősebbek a *vegetatív* kísérőjelek. A beteget veríték borítja el, a pupilla kitágul, keze, vagy akár az egész teste remeg, pulzusa szaporává válik. A szorongás lehet aktuális, felszínes vagy mély eredetű. Gyakran rohamszerűen lepi meg az embert. Az ápolói-gondozói munka során fel kell mérni a szorongás fokát (enyhe, mérsékelt, súlyos, pánikszerű), és ennek megfelelően kell cselekedni.

A szorongók sokszor a környezetükbe kapaszkodnak, mint a fuldoklók, így próbálnak a helyzetükön segíteni. Ám, ha ez tartós megoldássá merevedik, akkor függővé is válhatnak.

Szorongó beteggel türelmesen, lassan, tagoltan kell beszélni, biztosítva az elfogadó környezetet, nyugodt és biztonságos légkört, és meg kell adni a lehetőséget, hogy beszéljen az érzéseiről, hogy ezáltal könnyítsen a helyzetén.

5.4. Regresszió

Regresszió: az erőteljesebb szorongás az egész személyiségre hat, s a magasabb rendű, fejlettebb személyiségnek megfelelő megnyilvánulások helyett primitívebb reakciómódok kerülnek felszínre – visszaesik az illető egy korábbi fejlettségi szintre.

Speciális alesete a kórházi regresszió. A kórházi környezet kiváltja, hogy a felnőtt ember gyermekként kezd viselkedni, olyan kiszolgálást kér, amire valójában nem szorul rá. Klasszikus eset az is, amikor a beteg halálosan szerelmes lesz a nővérkébe (kamaszkori regresszió).

Az ember személyisége a betegség hatására változik. A betegség előtti személyiségműködés módosulhat, és az egyén olyan szokatlan gondolkodást, hozzáállást, viselkedést is produkálhat, ami azelőtt nem volt jellemző rá. Ez védekező mechanizmus, amellyel a beteg igyekszik elkerülni a szorongást úgy, hogy részlegesen vagy teljesen visszatér a személyiségfejlődés egy korábbi fázisába. Ez nem hatékony megoldás, mert arra kényszeríti az egyént, hogy annak a fejlődési szakasznak a szorongásait is újraélje, amelybe visszaesett (pl. amikor sír, mint egy kisgyermek, akkor a gyermeklét tehetetlenségének, kiszolgáltatottságának a terheit is újra visszaveszi magára).

A gyerekorrban ismert, idegességet jelző szokások (körömrágás, hajtincs-csavargatás, ujjal való babrálás) azért jelennek meg, hogy az egyén elviselje a helyzetet, a mozdulatok egy kis biztonságot és feszültségcsökkentést nyújtanak számára.

A krónikus vagy daganatos betegségben szenvedőknél gyakori jelenség ez, célja az én védelme. Ezek a reakciók teljesen természetesek lehetnek, az onkológiai osztályokon gyakran előfordulnak. Az egyén lelke védekezik, hiszen olyan események történnek vele, amelyek az életét teljesen megváltoztatják, felforgatják.

5.5. Depresszió

Depresszió: a depresszió nemcsak pszichiátriai, hanem testi betegségekkel is társulhat. A kapcsolat a testi betegségek és a depresszió között kölcsönös, egymásnak kockázati tényezői. Szomatikus betegségek közül a központi idegrendszer elváltozásai, (induló demencia, agyér-elmeszesedés, Alzheimer-kór, homloklebenyi tumor) a gyakori kórokok. A pajzsmirigy alulműködésnek és a cukorbetegségnek is jellemző lelki tünete lehet.

A krónikus fáradságnak, kiégésnek gyakran első jeleként mutatkozik. A krónikus stressz, túlhajszoltság, szociális, egzisztenciális bizonytalanság, elmagányosodás, tartós alvászavar szintén lehet kóroki tényező.

A krónikus betegségek egyik leggyakoribb szövődménye a depresszió. A betegség lefolyása során a depressziós tünetek bármikor jelentkezhetnek, és jelentős hatással lehetnek a beteg viselkedésére.

- a beteg hangulata nyomottá válik
- nem tud örülni
- gyenge, fáradékony
- motiválatlan
- koncentrációs- és memória zavarok
- alvászavar, étkezési zavar
- negatív gondolatok, negatív énkép és jövőkép,
- pozitív visszacsatolások átélésének hiánya

Öngyilkosság: öngyilkosságot követ el az a személy, aki szándékosan saját maga vet véget az életének. Hazánkban az öngyilkosságok aránya más országokkal összehasonlítva továbbra is magas. Az öngyilkosok arányszáma idős korban a legmagasabb, de jelentős ez a szám a depresszióban, skizofréniában szenvedőknél életkortól függetlenül.

Az *öngyilkosság előtti állapotnak három eleme* van:

- *fokozódó beszűkülés*: az egyén egyetlen kiutat lát, az öngyilkosságot, emberi kapcsolatai és igényei beszűkülnek.
- *az agresszivitás gátlása*: az egyén az agresszív késztetéseit a saját személye ellen fordítja, (magára vállal minden felelősséget, mindenért magát hibáztatja és így akarja megbüntetni).
- *menekülés a fantáziálásba*: szándékosan életellenes tettekről fantáziál, ezek átcsapnak kényszerű öngyilkossági fantáziába.

„Cry for help” – segélykiáltás.

Az öngyilkossági gondolattal küzdő emberek többsége valamilyen módon közli szándékát a környezetével, mert tudattalanul is segítséget szeretne kapni, azt szeretné, hogy akadályozzák meg őt ebben. Ezek a közlések ritkán verbálisak, de közvetlenül, vagy közvetve önpusztító szándékra utalnak. Sajnos sokszor csak utólag azonosítja be a környezet, hogy ez a közlés egy segélykiáltás volt (egy-egy elejtett mondat a saját értéktelenségéről, teher-voltáról, értelmetlen életéről és arról, hogy jó lenne, ha

vége lenne, eltűnés egy-egy időre: pl. kulccsal bezárkózás valahová úgy, hogy egy ideig nem reagál, egy-egy „ottfelejtett” gyógyszeres üveg, előszedett kések, szokatlan helyre kikészített eszközök pl. kötél, kisszék, fölösleges vegyszer-vásárlások blokkjai, stb.).

A segítő szakembernek tudnia kell, hogy milyen betegségben szenvedők a veszélyeztetettek, és figyelnie kell a beteget/klienst, hogy a vészjeleket időben észrevehesse.

5.6. Agresszív viselkedés

A düh és az agresszivitás az ember életében jelenlévő természetes ösztön, amit a szocializálódás során az egyén megtanul kezelni, kontrollálni. Azok a lelki és társas fejlődést megnehezítő körülmények, amelyek gyerekkortól felnőttkorig hatnak, meghatározzák, hogy az ember hogyan kezeli az agresszióját. A helyzetet bonyolítja, hogy napjaink felgyorsult világa, a járványügyi és gazdasági válság, az új, nehezen kezelhető kihívások és konfliktusok gyakran intoleráns, agresszív megoldásokat hoznak felszínre. Az emberek többsége kevés jó példát látott az agresszió helyes kezelésére.

Az egészségügyi és szociális ellátórendszerbe kerülő betegek/kliensek körében az átlagosnál gyakrabban fordul elő az agresszió. Azt, hogy az egyén agresszíven reagál bizonyos helyzetekre vagy eseményekre, számos tényező hatásának az összeadódása eredményezi.

Az agresszív beteg nem együttműködő, elutasító, ingerlékeny. A verbális agresszió megjelenhet kiabálásban, a másik sértegetésében, a beteg csapkodhat, tárgyakat dobálhat, de akár fizikai támadásig – ütésig, rúgásig, karmolásig – is fajulhat a helyzet. Az agresszió hátterében gyakran félelem, fájdalom bizonytalanság, a kiszolgáltatottság és tehetetlenség érzése áll.

Előfordul, hogy bizonyos külső környezeti (zaj) vagy egyéb tényező (pl. folyamatosan sürgetik, zaklatják, egy pillanatra sem hagyják egyedül) fokozza az egyén agresszióját.

Az agresszíónak két nagy csoportja van:

- az *autoagresszió*, amikor az indulatos ember agressziója saját maga ellen irányul,
- *heteroagresszív* megnyilvánulások, amikor a támadás a másik ember ellen irányul.

5.6.1. Betegségek, ahol az agresszív viselkedés megjelenése jellemző:

Demencia, Alzheimer-kór: az agresszió itt egyrészt abból ered, hogy az agy érzelmekért és érzelmi kontrollért felelős területei is károsodottak. Másrészt a beteg önbizalmának csökkenéséből: nehezen viseli, hogy a számára eddig természetes, hétköznapi tevékenységek elvégzése is akadályokba ütközik. A beteg fokozatosan elveszti az önállóságát, nem bízhat saját értékítéletében, szerettei, ismerősei is másképpen viselkednek vele.

A *leggyakoribb agresszív viselkedési formák és azok előzményei* demens betegeknél: zavarodottság, bizalmatlanság, gyanakvás, az ítélőképesség romlása, dühkitörések, a fizikai vagy verbális agresszió.

A személyiségzavarok különböző típusánál (Borderline-kór, antiszociális személyiség, paranoid zavar) az agresszivitás a beteg személyiség-struktúrájának a lényegéhez tartozik, gyakran annak velejárója. Ha a betegség kombinálódik alkohol vagy szerhasználattal, az tovább növeli az agresszió megjelenésének lehetőségét.

A személyiségzavarok közül a *paranoid zavar* részletesebb ismerete indokolt, mert társulhat egyéb betegségekkel, és az ápoló/gondozó munka során félelmet kelthet. Előfordul szenvedélybetegség és demencia kísérő tüneteként is.

- *A* paranoid zavart a *nem bizarr téveszmék* jellemzik, olyan helyzeteket képeznek le, amelyek előfordulnak a valós életben: pl.: követik, megmérgezik, megfertőzik, távolból szeretik, megbetegítik, becsapják őket (a házastárs, szerető, bárki) – a téveszmék legalább egy hónapig fennállnak (itt a skizofrénia egyes tünetei, mint pl.: a bizarr téveszmék, hallucinációk, inkoherens beszéd, feltűnően szétesett vagy katatón viselkedés, negatív tünetek sohasem fordulnak elő).

- A *társadalmi tevékenység nem romlik lényegesen*, és a viselkedés sem nyilvánvalóan szokatlan vagy bizarr. A betegség főleg a középkorú és ennél idősebb generációt érinti, és gyakoribb a nőknél.

- A paranoid zavart a domináns téveszme alapján a következő *altípusokra* lehet elkülöníteni:
    - *Üldöztetéses típus:* a beteg azt hiszi, hogy valakik rosszakaró módon viszonyulnak hozzá, megfigyelik, mérgezik, stb.
    - *Szerelmi:* egy elismert és híres „nagy" ember szerelmének ő a tárgya
    - *Nagyzásos típus:* az a meggyőződése az egyénnek, hogy értéke, ereje, ismerete vagy identitása megnőtt, esetleg azt hiszi, hogy különleges kapcsolata van egy istenséggel vagy más különleges személlyel. Találmánya van, különleges adottságokkal rendelkezik.
    - *Féltékeny típus:* a betegnek az a téveszméje, hogy szexuális partnere hűtlen hozzá.
    - *Szomatikus típus:* az a téveszméje, hogy valamilyen testi defektusa vagy betegsége van.

  A paranoid személy társas kapcsolatai zavart szenvednek, elmagányosodás alakulhat ki, mert jellemző a mások iránti bizalmatlanság, gyanakvás. A mérgezéstől való állandó félelme miatt elégtelen lehet a táplálkozása. Megjelenhet az erőszakos önpusztító vagy másokat pusztító magatartás a téveszmékből eredő identitás miatt. A téveszmékhez társulhat szorongás, nyugtalanság és álmatlanság.

  A paranoid zavar okát nehéz beazonosítani, bár genetikai, környezeti és pszicho-dinamikai magyarázatok is születtek. A zavar lefolyása krónikus, tünetmentes állapot nincs. A betegek kezelése nehéz, hiszen a gyanakvás és a betegség belátásának a hiánya megnehezíti a terápiás kapcsolat kialakítását. A kapcsolat kiépítése idő- és türelemigényes.

Átmeneti paranoid gondolkodás a stresszel összefüggésben is kialakulhat.

Szenvedélybetegség: azokat az ismétlődő viselkedésformákat nevezzük így, amelyeket valaki kényszeresen, újra és újra végrehajt, és amelyek önmagára és környezetére egyaránt káros következményekkel járnak. Függőségről akkor beszélünk, ha az adott viselkedésforma már uralja a személy viselkedését, jelentősen károsítja korábbi életkilátásait, testi-lelki egészségének minőségét, és a környezetét.

A függőség lehet kémiai szerek (alkohol, pszichoaktív szerek) által okozott, és lehet viselkedéses függőség (kényszerviselkedések, evési zavar, szexuális viselkedés zavarai, játékszenvedély, társas- és kapcsolati függőségek, munkamánia, test túledzése, stb.)

A szenvedélybeteg szellemi képessége leépül, tudata beszűkül, értelmi kiüresedés, érdektelenség, közöny, agresszió és autoagresszió jellemzi. Amikor a szenvedélybeteg bekerül egy intézménybe, nagyon szenved a megvonástól, a kiszolgáltatottságtól és a bezártságtól, sűrűn elveszti önuralmát. Jellemző az erős szorongás, amit időnként képtelen kontrolálni, a környezetével a kapcsolata konfliktusokkal terhelt. Az alkoholbetegek jelentős részénél megjelenik a depresszió, ami növeli az öngyilkosság kockázatát. A szenvedélybeteg ellátása, gondozása során fontos az egyén ítéletmentes elfogadása.

5.6.2. Agresszió kezelése

Az agresszió kezelésénél az első lépés annak felderítése, hogy állhat-e a viselkedés hátterében valamilyen zavaró vagy félelemkeltő fizikai probléma, pl.: fájdalom, éhség, szomjúság, környezeti hatás. Ismerni kell az agresszió leggyakoribb előidézőit, *fel kell ismerni a feszültség fokozódásának korai jeleit*, valamint szakszerűen alkalmazni a *kommunikációs technikákat*.

A feszültség fokozódásának korai jelei:

- érzelmi állapot: szorong, ideges, fél
- beszéd: fokozott beszédkésztetés, szétesö „szósaláta", fenyegető, hangos, gúnyolódó, ismétlődően produktív
- viselkedés: bizarr, ellenséges, támadó, menekülési útvonalat elzárja a beteg
- koordináció: izommerevség, koordinálatlan mozgás
- külső jelek: feszült testtartás, elnyújtott szemkontaktus, gyorsuló légzés, tág pupilla, feszültséget tükröző mimika

Kommunikációnk legyen következetes, határozott, indulatmenetes. Látnia kell a betegnek, hogy együtt dolgozunk a problémájának megoldásában. Lényeges a helyzet tisztázása, a konfliktusforrás nyugodt és gyors megtalálása, melynek kulcsfontosságú eleme a hatékony kommunikáció. Fontos ezáltal elnyerni a beteg bizalmát, a problémájának a megoldására fókuszálva, megérteni a helyzetét, ezzel is csökkenteni a kialakult feszültséget.

Itt fontos szerepet kap a beteg *aktív meghallgatása*, amely során:

- figyelmesen hallgassuk meg a beteget, ismerjük meg a problémáját
- sose ne szakítsuk félbe,
- adjunk figyelmünket tükröző visszajelzéseket (visszakérdezés, átfogalmazás, összegzés, bólintás, egy-két szavas igenlő válaszok)
- ne adjunk fölényes tanácsokat.

Kommunikációnk alatt kerüljük a „miért" jellegű kérdéseket. („*Miért csinálta ezt? Miért viselkedik így?"*)

Továbbá kerülni kell az úgynevezett „kommunikáció-gyilkos" szituációkat, amely a kezelőszemélyzet kedvezőtlen magatartásának következtében negatív hatást gyakorolnak a betegre. Ezek lehetnek:

- a beteg tegezése
- rendreutasítás („Hagyja abba ezt a viselkedést!")
- problémájának bagatellizálása („Nem értem mi a baj, nem is történt semmi komoly!")
- erkölcsi kioktatás („Micsoda dolog így viselkedni egy segítővel?")
- kritizálás („Mit képzel magáról?")
- ítélkezés a beteg felett („Nem kellett volna azt tenni és akkor nem történik ez!")

Kommunikációnk alatt mindvégig *maradjunk empatikusak*, az emberi méltóság teljes körű biztosításával. Folyamatosan kommunikáljunk a beteggel, nyitott kérdéseket használva. Így a beteg nem tud igen-nemmel válaszolni, mondanivalóját bővebben kell kifejteni. (*Megértem, hogy zaklatott. Kérem, foglaljon helyet! Hogyan tudnánk segíteni Önnek? Kérem, mondja el, mi okozta a kialakult helyzetet! Miben segíthetek Önnek?)*

Nemcsak az számít, amit mondunk, hanem ahogyan mondjuk. A nem verbális kommunikatív jeleknek hatalmas jelentősége van, mivel az agresszív magatartást mutató beteg hozzánk való viszonyulását nagy részben ez alapján értelmezi. (Irinyi, 2006)

Éppen ezért fontos a beteggel való kommunikáció során:

- beszéljünk normál, nyugodt tónusban, ritmusban,
- kerüljük a hosszú szemkontaktust (provokatív),
- kerüljük a hirtelen mozdulatokat,
- álljunk nyugodtan, kéz, karok legyenek a test mellett,
- tartsunk legalább egy lépés (ütésvédelem) távolságot.

5.7. A csökkentértékűség érzéséből fakadó viselkedési zavarok

5.7.1 Az idős kor krízise

A személyiség az érett felnőttkor fejlődési szakaszát sikeresen megoldva, vagy azt éppen csak túlélve jut el az időskorba, amely, mint az életpálya utolsó fejlődési szakasza, speciális nehézségekkel szembesít. A személyiség idődimenzióját a múlt felé fordulás uralja. Felvetődik a kérdés, hogy „jól tettem-e eddig a dolgomat?" Csak az erre adott megnyugtató válaszok révén érhető el az élet teljességének érzése. Akik életpályájuk utolsó fejlődési krízisét is sikeresen megoldják, azok megelégedetten tekinthetnek vissza életükre, így a beteljesültség érzésével jutnak el az öregségig, életük végéig. (Erikson, 1991)

Az időskori identitás krízis alapját sokszor éppen a visszatekintés okozta *kétségbeesés* adja, amikor az az érzés kerül előtérbe, hogy az élet értelmetlen, elhibázott és hiábavaló volt, és már nem maradt idő a változtatásra. Az identitás krízis számos védekező mechanizmust hív elő (tagadás, érzelmi elidegenítés, kompenzáció), amelyek sajátos viselkedésváltozásokat (befelé fordulás, közönyösség, esetleg túlzott kritikusság vagy kontrollálatlan és ellenséges magatartás) eredményezhetnek. Ezek az énvédő mechanizmusok azonban nem jelentenek megoldást a krízisre, az én-integritás (ön-beteljesedés) hiánya súlyos pszicho-patológiai tünetek kialakulásához vezethet (szorongás, kétségbeesés, paranoiditás, reménytelenség, depresszió, halálfélelem, öngyilkosság).

Ha az idős *ember az életútját úgy tudja elfogadni*, mint egyszerit és páratlant, szükségszerűt és pótolhatatlant, és érzi, hogy személyes létével hozzájárult az össz-emberi értékekhez, az emberiség, mindenség harmóniájához, és ezt hagyja örökül, akkor *méltósággal tölti el életútja* és *nem fél a haláltól*.

Ha azt érzi, *hátralevő ideje túl rövid* ahhoz, hogy új életet kezdjen és az életét értékesnek érezze, kétségbeesik, és viselkedése elviselhetetlenné válik. A gondozói/ápolói munka során az ilyen idős beteg magatartására, kommunikációjára jellemző lehet a fölényeskedés, uralkodás, zsarolás, akár mindenbe beleszóló kritikusság, irigységtől fűtött rosszindulatúság.

Ahhoz, hogy szeretettel, elfogadva tudja ápolni az idős embert a segítő szakember, meg kell értenie ezeket a reakciókat, és helyesen kell kezelnie.

Sok mai idős ember meg van győződve arról, hogy *elvárják tőle, hogy időskként olyan legyen, mint egy gyermek.* De milyen gyermek legyen? Gyermekkorára nem éppen az értékeket hangsúlyozó, partneri, gyermekközpontú nevelés volt jellemző, hanem a hiányosságokat hangsúlyozó tekintélyelvű nevelés. Nagy a valószínűsége, hogy őt gyermekként csökkentképességűnek, tehernek tartották és engedelmességre kényszerítették („leuralták"), nem törődve vágyaival, érzéseivel és véleményével. Ez a gyermekkép jut eszébe időskként, s ennek akar megfelelni. Ha beteljesíti ezt az elvárást, akkor elfogadja csökkentértékűségét és a túlzott irányítást, és visszafejlődik testileg-lelkileg. Időnként ez az állapot azonban elviselhetetlen börtön számára, olyankor kitör, a másik végletbe esik: ő válik uralkodóvá, zsarolóvá. A két állapot általában váltakozik, ebből születik az időnkénti magatehetetlenség, szenilitás, zsörtölődés, kötekedés, zsarolás és kihasználás, bűntudatkeltés keveréke. A gondozóját nem

egyenrangú partnerként kezeli, mint felnőtt a felnőttet, hanem *kóros énállapotból kommunikál* – hol gyerekként kezeli, hol szülőként (Berne). Az idősnek/betegnek ez a helytelen viszonyulása önmagához és embertársi környezetéhez játszmákba sodorhatja a körülötte lévőket. Ha nem tesznek tudatosan ellene, akkor észrevétlenül is az ellátott játszmájának részeseivé válnak, elfogadva és eljátszva a rájuk osztott szerepet egy olyan magánéleti életdrámában, amelynek rendezője és főszereplője a segítségre szoruló ember.

Legyünk mindig rendkívül éberek és tudatosak, hogy felismerjük a gondozott/ápolt felénk irányuló viselkedésében azokat a tényezőket, amelyek *valóban* rólunk, nekünk szólnak, *szakmai feladatként ránk tartoznak,* vagyis a mi problémánk; s különítsük el azoktól a jelzésektől, amelyek valójában nem a mi szakmai vagy személyes problémáink, hanem az ellátott személyes, magánéleti gondjai (Gordon: „Kié a probléma?") Pl. lássuk meg a munkánk állandó kritizálása mögött, hogy valójában nem velünk, hanem a saját életével elégedetlen, csak még képtelen ezt kimondani; ha folyton kevésnek tartja a vele való törődést, akkor valójában a magánytól fél; ha túlzottan kiszolgáltatja magát, pedig többre lenne képes, akkor a törődés elvesztésétől retteg, s nem tud betelni azzal, hogy a figyelem középpontjában legyen (talán túl sok figyelmet élvezett az azelőtti életében, vagy éppen túl keveset…) Ha folyton bűntudatot akar bennünk kelteni, akkor valószínűleg a saját bűntudatával nem tud mit kezdeni. Ha értelmetlen harcba kezd velünk, akkor feltehetőleg az életében meg nem vívott harcokat pótolja. Rengeteg ilyen esetben bizonytalanodik el a gondozó/ápoló a saját szakmai és emberi értékében, pedig mindez *nem az ő problémája*, csupán a gondozottól származó eltolt konfliktus, kivetítés, indulatáttétel, reakcióképzés, egyéb lélektani elhárító mechanizmus (A. Freud); vagyis a segítő az ellátottja célpontjává, áldozatává lett – sokszor mindkettőjük akarata ellenére. Fontos, hogy *a segítő szakmai és személyes önbecsülését senki és semmi ne ingathassa meg*, s ne menjen bele semmilyen játszmába, ugyanakkor folyamatosan erősítse ellátottja önbecsülését és emberi méltóságát

6. Fejezet címe: A szociális intézményekben élő ellátottak állapotváltozásának helyzetfelismerési technikái és dokumentációjának jelentősége.

Összefoglalás:
Az ötödik és hatodik rész szorosan kapcsolatba vannak egymással. Segítséget adnak abban, hogy milyen tünetek jelzik, hogy az ellátott állapota (általában negatív irányban) megváltozott. Ennek a változásnak a felismerése az ellátás során kulcsfontosságú lehet.

Cél: A segítő szakemberek helyzetfelismerési technikáik fejlesztése, meglévő tudásuk összegzése.

Kulcsszavak
Alvászavarok, alultápláltság, túlevés, jellegzetes fájdalmak, önismeret, hatékony kommunikáció

Tanulást segítő kérdések
Ismertesse az alvászavar megjelenési formáját, az alvásrendet befolyásoló tényezőket!
Ismertesse az alvászavar okait!
Mi jellemzi az idős embere táplálkozási szokásait?
Ismertesse az alultápláltság és a túlevés okait, jellemzőit!
Ismertesse a jellegzetes fájdalmakat!
Fejtse ki az „első perc technikáját”!
Miért fontos az önismeret és a hatékony kommunikáció a segítő munka során?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Dr. Bokor Nándor: Általános ápolás és gondozástan. Medicina Kiadó, Budapest, 2009.
Irinyi Tamás: Pszichiátriai szakápolástan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2006.
Noel Burch – Dr Thomas Gordon: Emberi kapcsolatok – Hogyan építhetjük, hogyan rontjuk el. Gordon Kiadó Magyarország Kft., Budapest, 2020.
Virginia Henderson: Az ápolás alapelvei (ICN) Ápolók Nemzetközi Tanácsa 1986.; Magyar Kórházszövetség
Patricia Potter – Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2013.
Helembai Kornélia: Általános Ápoláslélektan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2012.

6. A szociális intézményekben élő ellátottak állapotváltozásának helyzetfelismerési technikái, és a dokumentációjának jelentősége

A hatékony, professzionális segítő munka elképzelhetetlen a beteg testi-lelki állapotáról és viselkedéséről szerzett pontos információk nélkül. Az ápolói munka fontos eleme a beteg folyamatos *megfigyelése* és a *vele való*, állapotáról érdeklődő *beszélgetés*. Az intézménybe került ellátott állapota változhat akár pozitív, akár negatív irányban. Ennek a változásnak a felismerése az ellátás során kulcsfontosságú lehet.

6.1 Alvási szokások megváltozása, alvászavarok

A jó életminőség egyik fontos eleme az alvás. Minden embernek és minden korosztálynak más-más az alvásigénye. Az újszülöttek általában 18-20 órát alszanak, kisgyermek korra rövid nappali és hosszabb éjszakai alvás a jellemző. Iskolás korban 8-10 óra, felnőttkorban 5-8 óra alvást igényel a szervezetünk. A nem megfelelő minőségű és mennyiségű alvás esetén fáradtnak érzi magát az ember, csökken a koncentrációs képessége, ingerlékenyebbé válik.

Alvászavarnak nevezzük azokat az állapotokat, amikor az egyén alvásrendjét valami rendszeresen megzavarja.

Az alvás zavarának *megjelenési formája* lehet a nehéz elalvás, gyakori felébredés, és a több időt igénylő visszaalvás, emellett a napközbeni váratlan álomba zuhanás. Mindezek következtében jelentősen csökken a mélyalvás minősége. A rendszeres alvásproblémák észlelésekor fontos kideríteni, hogy mely változások azok, amik valamilyen rendelleneségről árulkodnak.

Az alvásrendet befolyásoló tényezők a következők lehetnek:

- betegségek, betegségtünetek: pl.: krónikus fájdalom, légzészavar, szívritmuszavar
- szervezet működésének megváltozása (szervek gyengüléséből, elöregedéséből fakadóan): pl.: gyakoribb éjszakai vizelési inger, fokozott érzékenység
- stressz, feszültség, depresszió
- gyógyszerek
- rossz táplálkozási szokás
- környezeti tényezők

6.1.1 Az alvászavarok hátterében lévő, gyakori testi-lelki megbetegedések:

Krónikus betegségek:

- magas vérnyomás,
- cukorbetegség,
- szívproblémák (nehézlégzést okozhat),
- tüdőbetegség (nehézlégzést okozhat),
- Parkinson kór,
- Alzheimer kór,
- inkontinencia,
- reflux,
- asztma,
- egyes prosztataproblémák, stb.

Kóros pszichés állapot:

Az alvás és a pszichés állapot szoros kapcsolatban állnak egymással. A tartós negatív stressz, a gyász, a feldolgozatlan traumák mind hatással vannak az idegrendszerre, így alvászavarok kialakulásához vezethetnek. Az alvászavar a pszichés betegségek kísérőtüneteként jelentkezik, rendkívül gyakori velejárója a depressziónak. Jellemző az elalvási és átalvási nehézségek, gyakori éjszakai felébredés, ami után nehéz a visszaalvás, de előfordulhat a túl sok, 10-12 óra alvás is.

A demens betegek esetén gyakori, hogy az alvás napirendje megváltozik: nappal alszik a beteg, az éjszakát pedig ébren tölti.

Valamennyi szenvedélybetegség járhat alvászavarral, és a személyiségzavaroknak is kísérőtünete lehet.

6.1.2 Környezeti változás okozta alvászavar

A szociális intézménybe bekerült egyént pszichésen megviseli, hogy idegen környezet veszi körül, állandó készenléti állapotban van, szigorú házirendet kell tartania. A szokatlan környezet, az idegen emberek negatívan befolyásolják a beteg nyugalmát, így az alvási szokásai megváltozhatnak. A segítő, türelmes hozzáállás, a félelmet, szorongást, feszültséget kiváltó helyzetről való beszélgetés, és a segítő szakember pozitív jelenléte is hozzájárulhat a tünetek csökkentéséhez. A nyugodt alváshoz szükséges feltételek biztosítása (tiszta ágynemű, pizsama, esti gyógyszer, szükség esetén orvosi utasításnak megfelelően adagolt fájdalomcsillapító) szintén fontos ápolói feladat.

6.1.3 Időskor és az alvászavar

Időskorban gyakori az álmatlanság, amelyre az alvás időtartalmának megrövidülése és a korai felébredés jellemző, s amelyet nappali fáradtság, aluszékonyság, hangulat- és memóriazavar követ. Szintén gyakran előforduló jelenség a korai elalvás és korai ébredés. Az alvás során légzésleállással járó, ezért különösen nagy kockázatot hordozó alvási apnoé szindróma, és az elalvást jelentősen megnehezítő nyugtalan láb szindróma is jellemző lehet.

Az ápoló-gondozó munka része a beteg alvásigényének felmérése, alvási rendjének megfigyelése. Az alvási zavar nagyon megterhelő az ember számára. Fellépése esetén fontos feladat a mögöttes okok felderítése, hogy megfelelő kezeléssel, terápiával megszüntethető legyen ez az állapot. Az alvászavar pszichés betegségeket okozhat, ugyanakkor a pszichés betegségek is járhatnak alvászavarral.

6.2 A táplálkozási szokások megváltozása

A szervezetünk mentális és fizikai működéséhez nélkülözhetetlen a biológiai energia, amit csak megfelelő mennyiségű és minőségű táplálék bevitele mellett vagyunk képesek megteremteni. A táplálkozás az ember egyik alapvető, aktív fiziológiás szükséglete, amely során normál körülmények között történt bevitellel az egészséges működéshez szükséges kalóriát és tápanyagot biztosítjuk a szervezet számára. Ennek az egyensúlyi folyamatnak a felbomlását eredményezi a szükséges bevitel csökkentése (koplalás-éhezés), a betegségek/sérülések okozta szükségletek fokozása, illetve az általuk előidézett kóros anyagcsere, és a nem megfelelő életvitel.

A megfelelő táplálkozás nem csupán az egészséges ember alapvető szükséglete, hanem számos betegség *gyógyításában* is számottevő tényező. A szervezet fennmaradásához nélkülözhetetlen, hogy megkapja mindazon tápanyagokat, amelyek az életfunkcióihoz szükségesek.

Időskorban az éhségérzet és az étvágy egyre határozottabb csökkenése figyelhető meg. Az öregedéssel járó fiziológiás változások az étvágytalanság és az alultápláltság kialakulásának kedveznek. Késő öregkorban a táplálékfelvétel jobban csökken, mint amilyen mértékben lassul az anyagcsere, illetve a szervezet energiaigénye; ez magyarázza a fogyást, különösen (az éhezésre jellemző) izomvesztés felgyorsulását.

Az idősek elégtelen táplálkozásának okai között a pszichológiai (különösen a depresszió, és a pl. az élete során szokássá vált, eltúlzott spórolás) és fizikai tényezők (immobilizáció, foghiány) mellett kóros állapotok (szívelégtelenség, daganatok, emésztőrendszeri betegségek, krónikus gyulladások, fertőzések, gyógyszerhatások és -mellékhatások stb.) is szerepelnek.

A beteg, leromlott egészségi állapotúak esetén a *tápláltsági állapot* jelentősége felértékelődik, hiszen kihatással van a gyógyulásra, a betegségek, sérülések, a beavatkozások okozta elváltozások és szövődmények súlyosságára, a terápiás következményekre, azok általános és időbeni lefolyására.

Kórós tápláltsági állapot: egy vagy több tápanyag relatív vagy abszolút hiánya, illetve feleslege. A leggyakoribb formája az alultápláltság, de a túlevés is előfordul.

6.2.1 Alultápláltság

Az alultápláltság olyan kóros állapotnak tekinthető, amely az energia és/vagy legalább egy tápanyag abszolút vagy relatív hiányát jelenti.

A szociális és egészségügyi intézményekben élő ellátottaknál az alultápláltság létrejöttéhez hozzájárulhat:

- az idegen környezet;
- a nem megszokott és nem időben tálalt, az ellátott számára ízetlen, szokatlan, hideg étel;
- maga a terápia (egyes gyógyszerek, különösen a citosztatikumok, besugárzás hatása)

A fokozott stressz, a hangulati mélypontok, a depresszió is oka lehet az étvágy csökkenésének, amely jelentős, feltűnő testsúlycsökkenéshez, illetve a szervezetben vitamin- és ásványi agyag hiányhoz vezethet. Másoknál ennek ellenkezője – a megnövekedett étvágy és testsúlygyarapodás lehet jellemző.

6.2.2 Túlevés

A családi minta hatással van az étkezési szokásainkra. Ha az ember a félelmet, haragot, a szorongást, izgalmi állapotot éhségnek címkézi, akkor azt rögzíti, hogy az evés csökkenti az izgatottságot, érzelmi evővé válik, bizonyos testi, lelki igényeit evéssel elégíti ki („öröm-evő”). Ennek a hátterében az anya viselkedése áll, aki gyermekének minden jelzésére etetéssel reagált. A túlevés következménye lehet az elhízás, ami a testre és lélekre egyaránt negatív hatással lehet. A túlsúlyos emberek gyakran önbecsüléshiányosak, depressziósak, és mivel a depresszió is megnyilvánulhat evési kényszer formájában – a kör bezárult.

Az intézményi elhelyezés esetén a stressz, szeretet-hiány, biztonság iránti vágy, magány húzódhat meg a túlevés mögött, mint érzelmi kiváltó ok.

Az intézményben élő, ellátásra szoruló ember táplálkozási szokásainak ismerete és állandó ellenőrzése a segítő folyamat fontos része. A megváltozott szokások figyelemfelhívó tünetek lehetnek, ami az egyén állapotának változását mutatja. Az okok felderítésében a segítő szakember szerepe nélkülözhetetlen.

6.3 A fájdalom, mint állapotváltozásra felhívó tünet

Vannak betegségek, melyek *jellegzetes* fájdalommal járnak a jelentkezési idejük és az érintett testrész tekintetében. Az ápolói, gondozói munka során ismerni kell azokat a *jellegzetes fájdalmakat,* amelyek azonnali segítséget igényelnek.

A fájdalom nem szükségszerűen ugyanolyan, változhat mind az *intenzitása,* mind a *jellege.* Pl.:

- Ha a gyomorfekélyes beteg fájdalma hirtelen tűrhetetlenné válik, az átfúródást jelez.
- Ha az angina pectoris nem szűnik meg a korábban megszokott módon, akkor infarktusra kell gondolnunk.
- Ha az alsó végtagokon érzett kisebb fájdalom hirtelen élessé, kibírhatatlanná válik, akkor artériás érelzáródás fenyeget.

A fájdalom megváltozását mindig igen komolyan kell venni, mivel az állapot súlyosbodását vagy új betegség megjelenését jelezheti. Ilyenkor azonnal értesíteni kell az orvost, illetve a beteget kórházba kell szállítani.

6.3.1 Jellegzetes fájdalmak

Angina pectoris: a szívizom oxigénhiánya idézi elő. Hirtelen heves fájdalom lép fel a szegycsont mögött vagy a szívtájon, majd kisugárzik a bal váll irányába és a nyak bal oldalába. A beteg halálfélelmet érez, arca sápadt, verejtékezik.

Szívizom-elhalás (infarktus): az angina pectorisnál észlelt helyeken tűrhetetlen fájdalom jelentkezik, életveszélyes állapot.

Tüdőembólia: igen erős mellkasi fájdalom, amely levegővételkor fokozódik, a beteg bőre szederjes, hűvös, nyirkos tapintású, pulzusa gyors, könnyen elnyomható, légzése felületes, pupillája tág. Életveszélyes állapot.

Epeköves roham (epegörcs, epecolica): a jobb bordaív alatt kezdődő, a jobb lapocka és a jobb váll irányába sugárzó, igen erős fájdalom.

Veseköves roham (vesegörcs, vesecolica): a beteg vese oldalán a deréktájról indul, kisugárzik az alhasba. Gyakori vizelési ingerrel jár.

Nyombélfekély okozta fájdalom: elsősorban a hajnali órákban és ebéd előtt, éhgyomorra jelentkezik. Gyomortájról kisugárzik a hát vagy a szegycsont irányába.

Féregnyúlvány-gyulladás okozta fájdalom: általában mellkasi, gyomortáji fájdalomként kezdődik, majd a jobb alhasban állandósuló, erős görcsös fájdalomként folytatódik. A beteg esetleg hány és láz jelentkezik.

Hashártyagyulladás okozta fájdalom: az egész hasra kiterjedő fájdalom, legtöbbször átfúródás következménye. A has kemény, feszes.

Végtagfájdalom: a hirtelen fellépő fájdalom érelzáródásra utalhat.

Fejfájás: számtalan oka és erőssége lehet. Ha eddig nem volt jellemző, vagy erősödik, tartóssá válik, akkor mindenképpen figyelmeztető tünet.

A fájdalom szubjektív érzés, a beteg reakcióját, viselkedését, jellegzetes mozdulatait kell megfigyelni. Nem minden beteg/kliens tudja megfogalmazni az érzéseit, és állapota is korlátozhatja ebben. Ezért fontos ezeket a helyzeteket felismerni és megfelelő szakember segítségét kérni.

6.4 A viselkedés megváltozása

A viselkedés megváltozása a testi-lelki állapotban bekövetkezett változások látványos, külső tünete. Komoly viselkedésváltozást idéznek elő az alábbiak:

- *a testi elváltozások, problémák gyarapodása,*
- a *gondolkodási képességek csökkenése, torzulása* (memóriazavarok, az ok-okozati összefüggések meglátásának a hiánya, irreális képzetek, önkontroll-képesség elvesztése, stb.),
- az *érzelmi egyensúly megbomlása* (elhatalmasodó szomorúság, félelmek, negatív érzelmek, indulatok, stb.),
- *az akarat, a motiváció gyengülése* (úgy véli, nem bírja megtenni magáért és másokért, amire szükség volna és képes is lenne),
- *az életértelem és életvágy teljes elvesztése*.

Az ellátott hirtelen *másképpen észleli és értelmezi* a környezetéből érkező impulzusokat, és *máshogyan reagál* a körülötte lévő emberekre, eseményekre, mint amit eddig megszoktunk tőle. Kedélyében, kommunikációjában váratlanul romlást tapasztalunk. A figyelme szétszórttá válik, nem képes koncentrálni, a következetességét és tudatosságát illetően is visszaesést látunk. Szokásai megváltoznak, a kialakult értékrendjével együtt. Az eddig megismert személyiségvonásaival, tulajdonságaival ellenkezően viselkedik (pl. aki eddig aktív és érdeklődő volt, hirtelen nincs ereje és kedve semmihez, nem érdekli már a külvilág; vagy aki ezelőtt közlékeny, barátkozó volt, egyszerre hideggé, elzárkózóvá, sőt ellenségessé is válik.)

Az életfolyamat során megjelenő egyik legsúlyosabb viselkedésváltozás az agresszió elhatalmasodása, amely akár ön- és közveszélyessé is teheti az embert.

6.4.1. Agresszív viselkedés felismerése – az „első perc” technikája

A beteg állapotának folyamatos figyelemmel kísérése, az állapotváltozások követésének része a beteg agresszív magatartásának időbeni felismerése. Szemléletünknek és gyakorlatunknak e tekintetben a megelőzésre kell koncentrálnia: az agresszív viselkedést lehetőleg megelőzni kell! Minél jobban elhatalmasodik az agresszív magatartás a betegnél, kliensnél, annál nehezebb kezelni. Az előjelekről és az agresszió kezeléséről az előző fejezetben volt szó, amelyek mellett meghatározó a beteggel való első találkozás élménye és értékelése. Nemzetközi gyakorlatban ezt „első perc” technikának nevezik. Ezt gyakorolva rendkívüli jelentőséget tulajdonítunk az agresszív beteggel való első találkozásnak, ahol központi szerepet kap az állapot gyors felmérése, a meglevő stressz csökkentése, és a beteggel való optimális kapcsolat kialakítása. Ha ez sikerül, a későbbiekben nagyobb hatással lehetünk az érintett ellátott állapotának pozitív befolyásolására.

Az agresszív magatartás tettekre fordulásának előrejelzése és megítélése a szakdolgozók egyik legnehezebb feladata. Mindemellett, ha tisztában vagyunk a feszültség fokozódásának korai jeleivel, ismerjük a leggyakoribb komplex okokat, amelyek agresszív viselkedést eredményezhetnek, és képesek vagyunk hatékony kommunikációs technikákat alkalmazni, akkor – amint ezt kutatások sora is bizonyítja – jelentősen lehet csökkenteni az agresszív viselkedés előfordulását. (Irinyi, 2006)

6.5 Kommunikációs technikák

Az ember társas lény, igényli a kapcsolattartást más emberekkel. Ennek legegyszerűbb formája a kommunikáció, amely lehet verbális és nonverbális. A professzionális segítő eszköze a hatékony kommunikáció, ismeri a hatékony kommunikáció szabályait és akadályozó tényezőit. Utóbbiak közé tartoznak a nyelvi-kulturális különbségek, az eszméletlen állapot, a csökkent hallás, a receptív beszédzavar (a beszéd megértésének fejlődési zavara), az expresszív beszédzavar (a kifejező beszéd zavara), a gyermekkor és időskor kommunikációs korlátozottsága, a betegségekből eredő kommunikációs problémák, valamint a különböző kultúrák és vallási szokások okozta megértési zavarok. (Bokor, 2009)

6.6 Önismeret fontossága

Munkánk eredményességére hatással van személyiségünk ezért fontos a segítő szakember mély önismerete, saját személyiségének megismerése, határainak megértése. A problémákat kezelni képes segítő, ismeri önmagát, érzéseit beazonosítja, kezelni tudja, szociálisan érett. Minél mélyebb az önismeretünk, minél inkább tudatában vagyunk a cselekedeteinket irányító indítékoknak, annál pontosabban irányíthatjuk a magatartásunkat.

A segítő szakmát végzőknél gyakori jelenség a kiégés. Tudjuk, tanultuk, hogy érzelmileg ne vonodjunk be a segítő folyamat során, értsük meg, segítsük a segítség kérőt, de megfelelő mértékben maradjunk kívül a kapcsolaton, ehhez szükséges az önismeret, és az empátiás készség szinten tartása, fejlesztése.

Az érzelmileg érintett, segítő túl érzékenyen reagál, nem megfelelően ismeri fel a helyzetet. A következménye a beteg magatartásának, kommunikációs jelzéseinek téves értelmezése az empatikus ellátás hiánya, ami abból fakad, hogy a segítő nem azonosítja be és választja el saját érzéseit. A tévedések, hibás reakciók elkerülése érdekében fejleszteni szükséges önismeretünket.

Ha az önismeretünk mély, az önbecsülésünk megfelelő, a körülöttünk lévők elfogadnak és értékelnek minket, akkor reálisabban érzékeljük a valóságot. Ezáltal a betegekkel is jobb kapcsolatot tudunk kialakítani, az ápolói normának jobban meg tudunk felelni.

6.7 Az ápolási, gondozási dokumentáció

Az ápolói, gondozói munka része a dokumentáció pontos és precíz vezetése. A beteg/kliens állapotának intézménybe kerüléskor történő részletes felmérése és rögzítése, továbbá és a kliens egészségi állapot-változásának állandó követése és dokumentálása folyamatosan informálja a vele foglalkozó ápolók-gondozók körét, és irányt ad a segítő munkának.

A segítő munka során többször érezhetjük, hogy a túl sok adminisztráció elveszi az időt a betegtől. Ez részben igaz, azonban a beteg/kliens biztonságos, szakszerű ellátása érdekében elengedhetetlen a megfelelően végzett adminisztráció, amely a segítő szakembert is védi: a becsületesen, hatékonyan végzett munkáját nyilvánvalóvá, ellenőrizhetővé teszi. Az ápolási, gondozási dokumentáció vezetése szakmai, jogi, gazdasági előírás az intézmények/szolgáltatások keretében nyújtott ellátás esetében. (Bokor, 2009)

Jogi szükséglet

Minden beteg, aki az egészségügyi szolgáltató szervezetben megjelenik, dokumentáltá válik. A jogszabályi előírások betartása mindenki számára kötelező. Alapelv, hogy a beteg dokumentációba,

csak az arra jogsultak tekinthetnek bele. A pontos dokumentáció tehát elsődlegesen a kliens/beteg érdekét szolgálja, de vitás jogi helyzetekben védelmet jelenthet az ápoló személyzet számára is. Az intézményekben zajló minőségfejlesztési folyamatok is megkövetelik az ápolási dokumentáció pontos vezetését.

Gazdasági szükséglet

Az egészségügyben, szociális ellátásban történő változások, az egészségügyi költségek növekedése költségtudatosabb magatartást, racionálisabb, költséghatékonyabb ellátást vár el az ápolóktól is. A pontos dokumentáció lehetővé teszi az adott ápolási beavatkozás költségeinek megfigyelését, reális és hatékony mértékének megállapítását, igazolhatja az ápolási teljesítmény jelentőségét a teljes gyógyítási folyamatban. (Bokor, 2009)

Ápolási, gondozási szükséglet

A pontos dokumentáció vezetésével a beteg biztonsága fokozódik, a kliens állapotváltozásával kapcsolatosan naprakész információk állnak rendelkezésre, folyamatában követhető a beteg állapotváltozása és a gondozási szükséglet ebből eredő változása. A folyamat átlátható, a felelősség egyértelmű.

6.7.1 Az ápolási dokumentáció alkalmazásának előnyei

A beteg számára

Átfogó, dinamikus információt nyújt az egyén változó szükségleteiről, így a beteg/kliens személyre szabott ápolásban részesülhet. Rögzítésre kerülnek a kliens által elmondott, számára fontos információk, az ápoló segítségével nyomon követheti állapotának javulását, pontos tájékoztatást kaphatnak a hozzátartozók.
Az ápolási folyamat minden egyes szakaszában egyenrangú partnernek tekintik az ellátottat és hozzátartozóit. A kliens/beteg saját felelőssége a gyógyulási folyamatban hangsúlyosabbá válik.

Az ápoló számára

Az ápolási dokumentáció alkalmazása értékes *információt nyújt* a beteg ellátásához, lehetőséget teremt a jobb minőségű ápolási szolgáltatás nyújtására. A megfigyelések közben nyert tapasztalatok rögzítése támpontot nyújthat a kliens viselkedésének valószínűsíthető hátterére. Csak a rögzített adatokhoz, információhoz tudjuk viszonyítani az állapotváltozást, ami szintén lényeges tartalom.

Átláthatóvá válnak a feladatok az ápolói, illetve az ellátó team számára, egyértelművé válik a kliensért/betegért viselt, megosztott felelősség. Mindezek nagyobb *megelégedettséget* jelentenek az ápolók számára (pl.: pozitív visszajelzés a kliensek/betegek részéről, a szervezettség miatt munkaidő-megtakarítás). Mérhető a változás, a hatékony ellátás eredményeként.

A pontos ápolói dokumentáció a *kutatómunka egyik forrása* lehet (az ápolási beavatkozások hatékonysága kiértékelhető), ugyanakkor tanulmányozása oktatási eszköz és folyamatos tanulásra ösztönözhet. Értékelhetővé, mérhetővé teszi az ápolás minőségét. (Bokor, 2009.)

Felhasznált irodalom:

Dr. Bokor Nándor: Általános ápolás és gondozástan. Medicina Kiadó, Budapest, 2009.

Becseiné Kató Anikó: Egészség és betegség keresztény lelkülettel ppt

Burch, Noel – Dr Gordon, Thomas: Emberi kapcsolatok – Hogyan építhetjük, hogyan rontjuk el. Gordon Kiadó magyarország Kft. 2020.

Helembai Kornélia: Általános Ápoláslélektan. Medicina Könyvkiadó Zrt, 2012.

Henderson, Virginia: Az ápolás alapelvei (ICN) Ápolók Nemzetközi Tanácsa 1986.; Magyar Kórházszövetség

Hidvégi Péter, Kopkáné Plachy Judit, Dr. Müller Anetta: Egészséges életmód. Eszterházi Károly Egyetem Kopp és Skrabski, Eger, 2004.

Irinyi Tamás: Pszichiátriai szakápolástan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006.

Münnich Ákos: A mentális egészséget és egészségmagatartást befolyásoló tényezők. Didakt Kiadó, Budapest, 2005.

Dr. Orosz Gábor Viktor: Ápolásetika. Teológiai és bioetikai szempontok az ápolás- és gondozásetikában. Evangélikus Hittudományi Egyetem, Budapest, 2019.

Potter, Patricia – Perry, Anne Griffin: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2013.

Sipos Ilona Magdolna Ápolási szükségletek és a betegmegfigyelés szempontjai. Az ápolás etikai szabályai, a betegek jogai. NSZFI, Budapest, 2008.

Szakács Ferenc: Személyiség lélektani szöveggyűjtemény IV/3. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1994.

Dr. Tringer László: A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.

Internetforrás:

http://real.mtak.hu/58543/

http://epa.oszk.hu/02400/02454/00048/pdf/EPA02454_neurohun_2012_266-272.pdf

Ajánlott irodalom:

Bolton, Robert: A kommunikáció művészete. Hogyan érvényesítsük magunkat, hogyan figyeljünk másokra, és hogyan oldjunk meg konfliktusokat. Cascade Kiadó, Budapest, 1989.

F. Várkonyi Zsuzsa: Tanulom önmagam. Kulcslyuk Kiadó, Budapest, 2020.

Rogers, Carl: Valakivé válni. Egy személyiség születése. Edge Kiadó, Budapest, 2003.

Satir, Virginia: A család együttélésének művészete. BFI Kiadó, Budapest, 1993.

Seifert, Lucy: Az asszertivitás, avagy az önérvényesítés fejlesztése. Human Telex Kft. Budapest, 1994.