Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

Rehabilitáció-felépülés alapú elvek, állapotfelmérés és útmutató a fejlesztési/gondozási tervhez

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 ÉS A VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 AZONOSÍTÓSZÁMÚ, SZOCIÁLIS HUMÁN ERŐFORRÁS FEJLE CÍMŰ KIEMELT PROJEKT

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

A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJA

- Célja
  - a társadalmi-demográfiai változásokra reagáló,
  - innovatív elemeket tartalmazó továbbképzések kialakítása és biztosítása,
  - a területen dolgozó szakemberek továbbképzése,
  - a szolgáltatásnyújtás folyamatainak eredményesebbé tétele,
  - a dolgozók megtartása, a pályaelhagyás csökkentése és a területen dolgozók elismertségének növelése.
- További cél a szociális és kapcsolódó szakmák közötti együttműködés kialakítása, erősítése, fejlesztése a továbbképzések biztosítása és lebonyolítása által.

BEMUTATKOZÁS, A TOVÁBBKÉPZÉS INDÍTÁSA

- Bemutatkozás, tapasztalatok, motiváció, elvárások
  - név
  - foglalkozási terület
  - klienskör
  - feladatok
  - gyakorlati tapasztalatok
  - előzetes ismeretek
  - a témához kapcsolódó nézetek
  - a továbbképzéssel kapcsolatos motiváció
  - a továbbképzéssel kapcsolatos elvárások

CSOPORTSZABÁLYOK

- Titoktartás
- Kommunikáció: egyes szám első személy, tisztelet
- Részvétel: aktivitás, önkéntesség
- Időkeretek: a nap kezdése, zárása, szünetek
- Technikai kérdések: mobiltelefon-használat, stb.

A TOVÁBBKÉPZÉS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- záróteszt teljesítése
- hiányzásra vonatkozó előírások

A TOVÁBBKÉPZÉS ÜTEMEZÉSE

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

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

Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

Rehabilitáció-felépülés alapú elvek, állapotfelmérés és útmutató a fejlesztési/gondozási tervhez

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 ÉS A VEKOP-7.5
AZONOSÍTÓSZÁMÚ
SZOCIÁLIS HUMÁN ERŐFORRÁS
CÍMŰ KIEMELT PRO

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

1. Nap

A rehabilitáció jelentősége az ellátottak gondozásában, a rehabilitáció fogalma, elemei. Szükségletek.

A FELÉPÜLÉS I.

Korábban
- ➢ a VISSZAILLESZKEDÉS segítése,
- ➢ majd az ÉLETMINŐSÉG javítása volt a rehabilitációs gondozás célja.



Ma a helyüket átvette a **FELÉPÜLÉS** fogalma.

A FELÉPÜLÉS eredetileg a radikális beteg-szervezetek, érdekvédők “emancipációs” koncepciója, akik sokszor a pszichiátriai kezelések *ellenére* is el tudják képzelni az önálló életvitelt, a szabadságot és tartalmas életet. Hatalmat akarnak gyakorolni az életük és a döntések felett, jogokat és beleszólást akarnak.

A FELÉPÜLÉSRŐL II.

A felépülés kifejezés alatt persze más értelmezések is elterjedtek:

- a medikális megközelítéshez legközelebb áll az az értelmezés, amely a remissziót hangsúlyozza.
- egy másik értelmezés szerint inkább a funkciók visszanyerése a lényeg (rehab. szemlélet)

A FELÉPÜLÉSRŐL III.



Mégis, a radikális értelmezés vált dominánssá, amely a következő értékeket hangsúlyozza:

- ➢ *emberi méltóság, önbecsülés, mások tiszteletét élvezni, stigma legyőzése*
- ➢ *szabad döntések, tájékozott beleegyezés, jogok - kézbe venni az életünket*
- ➢ *remény (mindig van remény a felépülésre)*
- ➢ *empowerment, önsegítés, önkontroll, kompetencia*
- ➢ *akár a tünetekkel is lehet teljes életet élni*
- ➢ *jövőkép és személyes célok*
- ➢ *közösségi integráció*

Anthony, W. A. . *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993.16(4), 11-23..**Farkas M,** The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007 Jun; 6(2): 6**8–74.***

A FELÉPÜLÉSRŐL IV.

Érintettek vallomásaiból érthetjük meg:

“Tünettel vagy tünet nélkül történik ez az nagyjából lényegtelen a lényeg az hogy jól érezzem magam. Az örömben és az életemben. Nekem ez a felépülés.”

„Örültem mikor megtudtam, hogy van bajom, így legalább tudtam, hogy, hogy kell magamhoz hozzá állni, mi a bajom, és tudom magam kontrollálni. Így tudok változtatni magamon, tudom, mit kell tenni, ahhoz, hogy jobban legyek, felépüljek.„

„Pozitív szemlélet. Van miért csinálni, jól érzem magam, sikerem van.”

„Szerintem ez is a felépülés része lehet, hogy az ember az önstigmatizációt, azt kicsit átlépi... Hát az egy nagy dolog, hogy így elfogadtak barátok és mellettem maradtak.”



Bulyáki Tünde PhD kutatása. Mélyinterjú-részletek.

Kézirat. Idézi a Közösségi pszichiátriai kézikönyve, Megjelenés alatt: 2018.

Ébredések Alapítvány

A FELÉPÜLÉSRŐL V.

- A felépülés hátterében a betegjogok “előre törése” is áll. Az ENSZ Fogyatékosjogi Egyezménye, a CRPD, amelyet Magyarország is ratifikált, teljesen tiltja az erőszak és korlátozás minden formáját a pszichoszociális fogyatékossággal élőknél is.

- A felépülés-értékek másfajta szervezeti kultúrát is feltételeznek és változik a segítő-beteg kapcsolat is.

- A különböző gondozási kultúrák sajátosságait mutatja be a következő dián szereplő táblázat.



Orvosi- intézményes modell	Hagyományos közösségi rehabilitáció	Felépülés-alapú szolgáltatások
A felhasználó véleménye és választása alig valósul meg	A felhasználóknak van szerepük, de a szakemberé marad a kontroll	Önszabályozott kapcsolat a szakemberekkel
Függés a szakemberektől	Függés a szakemberektől	Autonóm felhasználók vezette szervezetek
„Beteg” szerep	„Kliens” szerep	„Állampolgári” szerep
A szakember a szakértő	A szakember a szakértő	Szakember és tapasztalati szakértő
Szakellátás	Szakmai, paramedikális és önkéntes szolgáltatások	Önsegítő, kölcsönös és informális támogatás
Intézmény-központúság	Közösségi alapú	Közösségi integráció
Stigmatizáló, betegség-szemléletű	Stigmatizáló, pszichoszociális fogyatékosság	Erősségekre alapoz, lehetséges a növekedés és felépülés

A család, mint a társadalom legfontosabb egysége

Az ember társas lény, éppen ezért a társadalomban élő emberek különböző motivációk alapján csoportokba tömörülnek, melyek létszámuktól függően lehetnek nagycsoportok és kiscsoportok. A szociológusok szerint a kiscsoportot olyan csoport, melynek tagjai kettőnél többen vannak, személyesen ismerik egymást, érzelmi kötelék is összefűzi őket, és létszámuk nem haladja meg a 12 főt. Ilyen kiscsoport a család is. Andorka szerint "*család*nak nevezzük a szociológiában az olyan együtt élő kiscsoportot, amelynek tagjait vagy házassági kapcsolat, vagy leszármazás, más szóval vérségi (kivételes esetben örökbefogadási) kapcsolat köti össze." (Andorka, 2006) Ugyanakkor a család fogalma mára kibővült, hiszen a magyar társadalomban gyakori jelenséggé vált a nem házasságban élő, ugyanakkor gyermeket vállaló egyénekből álló család. A család nagyon sokféle funkcióval rendelkezik, ezek egyike a reprodukció, mely a gyermekvállalást jelenti. Másik nagyon jelentős funkciója a családnak a szocializáció. A szocializáció jelentése: "A szocializációt többféleképpen definiálhatjuk. Az egyik definíció szerint az a folyamat, amelynek során az emberi személyiség kialakul. Ezt a definíciót inkább a pszichológia használja. A másik definíció szerint a szocializáció az a folyamat, amelynek során a gyermekek megtanulják, hogyan lehetnek társadalmuk hasznos tagjai, hogyan kell a társadalomban élniük. Ebben az értelemben a szocializáció során a gyermek megtanulja a környező társadalom kultúráját, normáit, értékeit." (Andorka, 2006)

A család, mint a társadalom legfontosabb egysége

A szocializációt többféleképpen definiálhatjuk, de ami a közös bennük, hogy a családnak kiemelkedő jelentősége van a szocializációban, mert a család az első szocializációs közeg. A családtagoktól tanulja meg a gyermek, milyen szabályok, viselkedésformák elfogadhatóak és melyek nem az adott társadalomban. Ezek átadása kiemelkedő jelentőséggel bír arra nézve, hogy a gyermek, amikor kikerül a család védelmező burkából, milyen értékek mentén fog viselkedni az óvodában, az iskolában, és egész életében.

Ha szocializációról beszélünk, fontos megemlíteni, hogy a család után van még két szocializációs közeg, mely befolyásolja életünket, ezek az óvoda/iskola/kortárscsoport, mint második szocializációs közeg, majd a munkahely lép be harmadik szocializációs közegként az ember életébe. A gyermek és felnőtt esetében is nagyon fontos értékhordozók a különböző közegekben megismert emberek, mert az általuk képviselt vélemények, értékek, normák befolyással bírhatnak a személyiségfejlődésre, az értékrend kialakulására. Gondoljunk arra, hogy egy karizmatikus, gyermekszerető, tanítani szerető tanár milyen jelentős hatással tud lenni egy csoport tanulási kedvére, az adott tantárgy megítélésére, a tudásvágy felélesztésére. Vagy azok az integrált óvodák/iskolák, ahová járnak fogyatékkal élő gyermekek, nagy mértékben fejlesztik az oda járók empatikus készségét, elfogadó attitűdjét, a fogyatékossághoz való pozitív hozzáállásukat, ezáltal segítve, hogy a felnövekvő generáció sokkal elfogadóbb, a társadalmi problémák észrevételére érzékenyebb legyen.

A család, mint a társadalom legfontosabb egysége

Ugyanakkor a jól funkcionáló család az az óvó, védelmező közeg, amely biztonságot, szeretetet, megértést, odafigyelést, és támogatást ad a tagjainak, legyenek azok felnőttek és gyermekek egyaránt. Éppen ezért fontos funkciója még a családnak a felnőttek pszichés védelme, amely nagyon sokrétű. Ide sorolhatjuk nemcsak a közös teherviselést, a gyermeknevelést vagy a jövőre vonatkozó közös gondolkodást, hanem hatalmas jelentőséggel bír a felnőttek egymással és gyermekeikkel történő minőségi időtöltése, a problémák közös felvállalása és megoldásukra törekvés, egy olyan védőháló kialakítása, amely megvédi mindkét felnőtt családtagot a felmerülő nehéz helyzetekben. Ilyen lehet egy “rossz” főnök, egy mérgező munkahely, nem együttműködő munkatársak, problémás rokonok, vagy az egyén saját szerepében való megingás, akár munkahely elvesztése, stb. Ezekben a helyzetekben kiemelkedően fontos, hogy a felnőttek segítsék egymást meghallgatással, odafigyeléssel, empátiával, közös megoldások keresésével, támogató szeretettel, mert ezek segítségével tudják megvédeni egymást a felmerülő nehezebb helyzetekben.

A család, mint a társadalom legfontosabb egysége

A család működésére különböző elméleteket állítottak fel:

A szociális kontroll elmélet szerint a családban rejlő szoros kötelékek képesek arra, hogy az egyént, önmagával és másokkal szemben is felelősségteljes viselkedésre motiválja. Ezek a kötelékek örömteli és reális életcélok felépítése felé terelhetik az egyént, továbbá segíthetik azok elérését. (8,9 55.o)

A szociális tanulás elmélet a családban élő személyek hozzáállásának és viselkedésének fontosságára hívja fel a figyelmet. A családtagok példát nyújtanak arra, hogyan viszonyuljunk a világ különböző dolgaihoz, valamint arra is, hogyan viselkedjünk. A családtagok megfigyelésén keresztül önkéntelenül is lemásoljuk attitűdjeiket és viselkedésüket (10,11 56.o).

A stressz és megküzdés elmélet szerint a család nem csak támogatást nyújt. Minden családban előfordulnak vészhelyzetek. A család alkalmas gyakorlóterep arra, hogy a krízisekkel járó érzelmeket megtanuljuk eliveselni, és azok kezelésére hatékony stratégiákat tudjunk kidolgozni (12,13 56.o). A kötelékek hiánya, vagy rossz minősége pedig éppen a felsoroltakkal ellentétes hatást válthat ki.

A család, mint a társadalom legfontosabb egysége

Az önmagunkról és a világról kialakított képünket nagymértékben befolyásolja a család. Az önképünk, a másokhoz fűződő kapcsolataink minősége és a céljaink pedig meghatározzák az életünket körülvevő tág környezetet, vagyis azt, hogy milyen minőségű társadalmat vagyunk képesek együtt kialakítani. A felépülés tehát nem csak az egyén szintjén értelmezhető. Mindannyiunk érdeke, hogy olyan társadalmat alakítsunk ki amely segíti az egymást támogató és elfogadó kapcsolatok kialakítását, továbbá az örömteli, reális célok kitűzését és elérését.

A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik)

Ha egy krumplit egy pincében, minden fénytől, friss levegőtől és termő táptalajtól elzártan tartunk, akkor is hajtásokat kezd ereszteni. Persze nem olyat, mint azok a testvérei, akiknek mindaz megadatott, ami a pincében sínylődő krumplinak nem. Girbegurba, gyenge hajtásokat ereszt. Ha ez a girbegurba krumpli megfelelő környezetbe kerül, gyenge hajtásait idővel életerősekre tudja

cserélni. (Rogers, 1980 A way of being)

Minden emberben megvan az erő, hogy növekedjen, még a legrosszabb körülmények között is.Sokszor éppen a család az, amely hátráltatja a személyes kiteljesedést. Azonban ha a család megfelelően működik, vagy képes a változásra, akkor elősegítheti a krízisben, bajban lévő családtag felépülését.

A mai napig nem eldöntött, hogy a tragikus életesemények mennyire felelnek a későbbi pszichiátriai problémákért vagy a szenvedélybetegségért. Egyes kutatások azt állítják, hogy a traumák hatásánál erősebb az, ha az úgy érezzük, egyedül maradtunk a fájdalmunkkal. Emiatt a későbbi krízíseket sem biztos, hogy meg tudjuk oldani.

A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik)

Azok a szoros kötelékek - legyenek azok családi, baráti, spirituális (vallási közösségek) vagy sorstársi (anonim alkoholisták) alapon szerveződők – amelyek általános támogatást nyújtanak, segítenek a rövid távú, reális és pozitív célok meghatározásában és aktívan bevonódva segítik a célok elérését, azok nagymértékben támogatják az egyén felépülését. Ez nagymértékű empátiás megértést (a másik érzelmeinek megértését) és elfogadást igényel a családtagoktól, akik szintén sérülhetnek a folyamatban, ezért nekik ugyanannyira szükségük lehet egy térre ahol őszintén, kifejezhetik érzéseiket. (Holdstock, T. L. & Rogers, C. R.: Person-Centered Theory, 1977)

A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik)

A felépülés-alapú rehabilitáció során, ahogy korábban említettük, a környezet “akadálymentesítése” is a feladatunk. Ezért is kulcsfontosságú a családtagok és a kliens számára más fontos személyek bevonása a rehabilitációs folyamatba. Fontos, hogy ők is kapjanak segítséget, és ne csak “támaszkodni” akarjunk rájuk. A gondozás minden résztvevőjének “nyereségesnek” kell éreznie a folyamatot. Ezt úgy érhetjük el, hogy a bevont családtagok személyes szükségleteit és céljait is felmérjük. Az ő céljaik elősegítése hasonlóan fontos, mint a kliens céljai. A segítő feladata a résztvevők céljait összehangolni. A rehab terv kialakításához néha kisebb lépésekre kell bontani a célokat, hogy rövid távúak, reálisak és emellett mindenképp örömteliek is legyenek. Ezek képezik a rehab terv alapját. (Bulyáki, Harangozó, 2018).

A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik)

Fogyatékossággal élők esetén a rehabilitáció az elvesztett funkciók újratanulását, amennyiben ez nem lehetésges, új funkciókkal való pótlását, illetve orvosi, foglalkozási, mentális, pedagógiai és szociális felépülést jelent. Természetesen minden fogyatékossággal élő személy a saját képességeihez mérten rehabilitálható, ami minden egyénnél más és más határok átlépését tűzi ki célul. A rehabilitáció sikerességében kiemelt szerepe van a családnak. A szocializáció során már csecsemő kortól fontos a fogyatékosság tudatosítása az egyénben és a különböző segítő lehetőségekkel való megismertetése, vagyis egy látássérülten születő gyermeknek a kezdetektől szükséges a biztonságos mozgás megtanítása, a segítő eszközök/lehetőségek, a fehérbot, a vakvezető kutya, a hanggal jelző gyalogátkelőhely használatának támogatása, és olyan iskolák/fejlesztők elérésének a megteremtése, amelyek során minden, a számára a mindennapi életet megkönnyítő segítő eszközök használatát, megtanulhatja.

A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik)

A családnak az élet minden területén alkalmazkodnia szükséges a fogyatékossággal élő családtag igényeihez annak érdekében, hogy az egyénnek lehetősége legyen a fogyatékosságával együtt a számára legönálóbb életvitel kialakítására. Az igényekhez való alkalmazkodás mellett kiemelt jelentőséggel bír a család mentális támogatása, mert mind a veleszületett mind a szerzett fogyatékosság feldolgozása nagyon nehéz folyamat mind a fogyatékossággal élőnek mind a családtagoknak. Egymás támogatása nélkül sok olyan nehézséggel találják szemben magukat az egyének, melyek megoldása külső segítség igénybevétele nélkül szinte lehetetlen. Ugyanakkor sok esetben a családok külső segítséget csak a legvégsőbb, legelkeseredetebb helyzetekben vesznek igénybe.

A jól funkcionáló család egy egész életen, illetve a családtagok életében, támogató hálót nyújt a fogyatékossággal élő embernek, akinek segítenek képességei maximumát elérni, elfogadják azt a fejlettségi szintet, amire a családtagjuk képes volt eljutni, támogatják az életét minden olyan területen, ahol szüksége van támogatásra, ugyanakkor meghallgatják és tiszteletben tartják a véleményét, az igényeit, és arra törekednek, hogy elérje a saját képességeihez mért legnagyobb önállóságot annak érdekében, hogy minél kiegyensúlyozottabb és teljesebb életet tudjon élni.

Rehabilitáció megközelítése a szükségletek felől

- Maslow féle szükségletmodell a szükségeletek hierarchiájában 5 szintet különböztet meg:
  - Fiziológiai szükséglet
  - Biztonsági szükséglet
  - Szociális szükséglet
  - Megbecsülési szükséglet
  - Önmegvalósítási szükséglet
- \+ Maslow később hozzátette a kognitív, esztetékai és transzcendecia iránti szükségletet

  Ezek a szintek egymásra épülnek, a következő szint csak az előző kielégülése után merül fel - a motiváció ezek mentén alakul


Ön-
megvalósítási
szükségletek:
az önkifejezés elérése és
a lehetőségek megvalósítása
(Esztétikai szükséglet: szimmetria,
rend, szépség)
(Kognitív szükséglet: tudni, érteni, megismerni)
A megbecsülés szükséglete: teljesíteni, kompetensnek
lenni és elnyerni mások tiszteletét és megbecsülését
A közösséghez való tartozás szükséglete: máshoz tartozni,
befogadottnak lenni
Biztonsági szükségletek: biztonságban, veszélyektől mentesnek lenni
Fiziológiai szükségletek: éhség, szomjúság és így tovább

Szükségletek fontosság a felépülés során

- A függőség sok esetben a szükséglethierarchia szintejei visszacsúszást jelent, a felépülés során szükséges annak visszaállítása, felépítése
- A felépülésben nagy hangsúlyt kapnak az egyéni szükségletek, ezért ennek folyamata egyénileg különbözik
- ehhez a folyamathoz ugyanakkor fontos támpontot adhatnak Maslow által megjelölt szintek.

Fizilógiai szükséglet a felépülés során

- Kábítószerhasználóknál a detoxikálás során is már jelentősége van - a homeosztatikus szükségletek kielégítése kontrollérzet növekedéséhez vezet
- az ilyen hiányok negatív érzelmeket támplálják, amely visszaeséshez vezethet
- az ilyen szükségletek kielégítése azonban támogatja a felépülés folyamatot

Biztonsági szükséglet

- a felépülésben előtérbe kerül
- bejósolhatóság és biztonság megélése szükséges ebben a folyamatban
- a bejósolhatóság olyan környezetet teremt, amely támogatja a felépülést hosszú távon

Szociális szükségletek

- támogató környezet: olyan családi és baráti kapcsolatok, akik reményt és elfogadást nyújtanak a felépülőnek
- olyan személyekkel kell körülvennie magát, akik hisznek a felépülésében és abban, hogy képes hosszú távon a változásra
- ilyen támogató hátteret jelenthet: családtagok, barátok, más felépülő személyek (önsegítő csoport tagjai)

Megbecsülés szükséglete

- két fajtája: önbecsülés és mások általi tisztelet
- Önbecsülés:
  - történetek magunkról, kik vagyunk - ezek átalakítása szükséges a felépülés során: a jelenben nem folytatódhat a múlt cselekedete
  - tartós változás akkor érhető el, ha ezeket a felépülésnek megfelelően átfogalmazza az egyén
- Mások általi tisztelet:
  - csoporttagok, környezet tiszteletének kivívása
  - olyan csoporttagok, akik egészségesek és a felépülésben támogató hátteret jelentenek

Önmegvalósítás

- nem csupán a szükségletek kielégítésének csúcsa, hanem odaszentelés egy nagyobb jó érdekében
- altruista motiváció
- a felépülésben az egyén célja az adás
- ez csak akkor lehetséges, ha az előző szintek, alapvető igények kielégítése megtörtént
- ez megtanítja az egyént arra, hogyan legyen a jelenben
- a múlton történő túllépés és mások segítése, megerősítése ugyanebben alapja a felépülésnek

A felépülés elemei (Terry - Cardwell, 2015)

- A felépülés folyamatos utazás
- Szubjektivitás
- Identitás és ágencia
- Élet értelme
- Szociális kapcsolatok
- Remény és jövőbe tekintés

A szenvedélybetegség elméleti keretei

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

2. Nap

Rehabilitáció a fogyatékossággal élő személyek ellátásában

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Könczei György és Hernádi Ilona egy négy elemből álló modellrendszerben mutatják be a fogyatékosságot gyógypedagógiai szempontból.

1. Morális modell: Ennek az elvnek a központjában az áll, hogy a fogyatékosság – különösen a mentális és a testi – az egyén személyes problémája
2. Medikális modell: Alapvetésként ebben az esetben is az egyén problémájaként jelenik meg a fogyatékosság, de a fogyatékosságot gyógyítható betegségként, megelőzhető és elhárítható, megszüntethető és megszüntetendő rossz állapotként kerül leírásra.
3. A szociális modell abból indul ki, hogy a fogyatékos ember életét korlátozó akadályok nem természet adta, objektív létezők, hanem azokat az úgynevezett „normális” társadalmi többség igényeihez és szükségletihez szabott emberi-tárgyi környezet állítja fel.
4. A négy modellből álló rendszer utolsó eleme az alapvető emberi jogokat helyezi előtérbe. A fogyatékosságot olyan kérdésként tematizálja, amely összefüggésben van az elnyomással, a kirekesztéssel, illetve a befogadással és az emberi jogokkal.

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Mozgáskorlátozottság

A mozgáskorlátozottság elsősorban a hely- és helyzetváltoztatás, valamint a manipulációs képességek zavarát, hiányosságát jelenti. A mozgáskorlátozottság, vagy mozgássérültség fiziológiai fogyatékosság.

A mozgássérülés fő típusai:

a) Petyhüdt bénulások

b) Ortopédiai elváltozások

Az elváltozások vagy önmagukban is mozgásszervi betegségnek számítanak, vagy egy mozgásszervi megbetegedés tünetei. Gernicelváltozások, tartási rendellenességek kísérik.

c) Agykárosodás utáni rendellenességek

A mozgás rendellenességének típusa az agy sérülésének helyétől függ; a tünetek a sérülés helyétől függően keveredhetnek.

d) Amputáció

Az amputáció egy testrész elvesztését jelenti. Lehet baleset, vagy sebészeti beavatkozás következménye. A megrövidített végtagot csonknak nevezzük.

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

e) Végtaghiányos fejlődési rendellenességek

Jellemző az ízületek, vagy a végtagok részleges vagy teljes hiánya, és az összenövések. Ezek gyakran együtt fordulnak elő.

f) Beszéd

A mozgássérülteknél a beszélőszervek is érintettek lehetnek.

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Látási fogyatékosság
A látássérült emberek a térbeli tájékozódás és az információszerzés terén akadályozottak, és ez nagyban érinti a szociális interakcióikat, aktív jelenlétüket a társadalomban, ezáltal az életminőségüket is. Képességcsökkenésük mértéke szerint 3 fő csoportba sorolhatóak:
a) Gyengénlátók
Látásuk élessége a távolság növekedésével erősen csökken.
b) Vakok:
A környezet érzékelésében gyakorlatilag csak hallásra és tapintásra tudnak hagyatkozni, akiknek látásteljesítménye (vízusa) nincs, fényt sem érzékelnek.
c) Aliglátók
Fényérzékenyek, ujjolvasók, nagytárgylátók.
A fogyatékosság kialakulásának többféle oka lehet, ezek az örökletesség, fejlődési rendellenesség, gyulladás, sérülés, látóideg sorvadás, agydaganat, cukorbetegség, különféle fertőző betegségek szövődményei; és főleg az idősebb korban bekövetkező vakság esetén: szürkehályog, zöldhályog.

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Hallássérülés

Hallássérülés definíciója

A halláskárosodás/hallássérülés kifejezés annak a részlegestől a súlyos siketségig terjedő hallás-tartománynak a leírására szolgál, amelyben a hallásvesztés elég nagy ahhoz, hogy hátrányosan befolyásolja a személy képességét a szokványos mindennapi tevékenységek ellátására.

A halláskárosodás lehet öröklött vagy szerzett.

Siket vagy hallássérült

A siketség kb. 50%-ban öröklött rendellenesség. A fennmaradó 50%-ban a halláskárosodás szerzett, vagyis betegségnek, baleseteknek, gyógyszer mellékhatásának tudható be. A siketség korrigálható, amennyiben a rendellenesség a középfülben van jelen.

Nagyothalló

A nagyothallók hallókészülékek segítségével többé-kevésbé megértik a hangzó beszédet, és ők maguk is érthetően beszélnek. Néha előfordul, hogy hangjukon és kiejtésükön érezhető a hallászcsökkenés és a kontroll hiánya.

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Autizmus és az autisztikus spektrum zavar

Az autizmus szociális, kommunikációs kognitív készségek minőségi fejlődési zavara, amely az egész életen át tartó fogyatékos állapotot eredményezhet. Ez lehet igen súlyos, járulékos fogyatékosságokkal halmozott sérülés, illetve többé-kevésbé kompenzált (ritkán jól kompenzált) állapot. A súlyosan érintettek egész életen át teljes ellátásra, a jó képességűek egyénileg változó támogatásra szorulnak. Megfelelő speciális módszerekkel igen jó eredmények érhetők el (az egyén szintjén) a nehézségek kompenzálásában és a szociális beilleszkedésben és az eredmény jobb a korábban elkezdett kezeléseknél. Az autizmus gyakran jár együtt értelmi, vagy egyéb fogyatékossággal.

Súlyos zavar vagy speciális nehézség, furcsa jellemzők, amely a következőkben nyilvánulhat meg:

- a társas kapcsolatokban: pl. társaktól való elkülönülés vagy szokatlan közeledés,
- egyoldalú interakció;
- a kommunikációban (beszéd, gesztus, mimika): pl. a beszéd hiánya, a beszéd
- szintjéhez képest gyenge beszédhasználat, kommunikáció, vagy a nyelv szó szerinti értelmezése, furcsa tartalma, szokatlan hanghordozása;
- az érdeklődés, aktivitás és játék területén: pl. szokatlan, sztereotip, repetitív tevékenységek, hobbik;
- a gondolkodásban, a tanulásban és a mindennapi alkalmazkodásban, pl.: ragaszkodás az állandósághoz, a megszokotthoz;
- a mozgás területén: pl. repkedő kézmozgás, lábujjhegyen járás;
- az érzékelés-észlelés területén. pl. csökkent fájdalomérzés.

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

A gyermekek a legsúlyosabb tüneteket 2-5 éves koruk között mutatják. A hagyományos felfogással szemben az autizmust nem betegségnek, nem elmebetegségnek (pszichózis) tartjuk, hanem a fejlődés olyan zavarának, amely minőségében és mennyiségében is eltér a normál fejlődéstől, és az esetek többségében fogyatékos állapothoz, típusosan igen súlyos fogyatékossághoz vezet. Ennek megfelelően orvosi értelemben nem gyógyítható. A várható élettartamot az autizmus nem befolyásolja.
A minőségi károsodás és általános elmaradás három területe:
a) a kölcsönösséget igénylő szociális interakciókban nem tudnak a társadalmi elvárásoknak megfelelően viselkedni, nehézséget jelent számukra a szemkontaktus használata, a szociális kapcsolatok megértése, fenntartása, a kölcsönösség, a kortárskapcsolatok kialakítása, a vigasz,az empátia, az öröm megélése.
b) a kommunikáció hiánya, vagy a kialakult beszéd funkcionális használata, hangsúly, nonverbális kommunikációs eszközök megértése vagy használata okoz nehézséget, nem beszélő gyermeknél általában vizuális eszközökkel kompenzálják a beszéd hiányát
c) a rugalmas viselkedés nehézséget okoz számukra, ragaszkodnak egy megkezdett folyamathoz, tevékenységhez, játékhoz, nehezen váltanak a különböző tevékenységek között

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Beszédfogyatékosság

A beszéd kialakulását több tényező befolyásolja, ezek az ép beszédszervek, a látás és a hallás, ám ugyanennyire fontos a környezet, hiszen a gyermek utánzással sajátítja el a beszédet, a helyes kiejtést, a non-verbális kommunikáció formáit az őt körbe vevő személyeket figyelve.

- Némaság- különbséget kell tenni a nem beszélő és a néma ember között. A nem beszélő tud beszélni, csak valami ok miatt nem beszél, a néma ember pedig képtelen az érthető beszédre.
- Dadogás- Légzési, hangadási, és artikulációs zavar, mely a beszédben megakadásokat és hangismétléseket okoz. Dadogó ember általában nem dadog, ha verset mond, énekel, suttog, bábozik vagy kiabál.
- Afázia- Olyan összetett beszédzavar, mely organikus agyi sérülés következtében alakul ki és hatással lehet a beszédértésre, kiejtésre, írásra, számolásra illetve olvasásra egyaránt. Az afázia jelentése szólási képtelenség.
- Pöszeség- A beszédhangok következetes torzítása, helyettesítése vagy kihagyása. Lehet részleges (2-3 hangra kiterjedő) vagy általános (több magán- vagy mássalhangzókra kiterjedő).
- Diszlexia, diszgráfia- Az olvasás és írás olyan zavara, melynek során a betűk olvasása, leírása, felismerése problémát okozhat. A diszlexiás egyén súlyos tünetekkel küzdhet az egyik nyelven, míg egy más nyelven akár tünetmentes lehet.
- Hadarás- A beszéd olyan zavara, amelyre jellemző a rendkívüli gyorsaság, a hangok, a szótagok kihagyása, a pontatlan hangképzés, a monotónia, a szegényes szókincs.
- Diszfónia- Olyan hangképzési zavar, mely a hangszalagok helytelen használatának következtében rekedtes, fátyolos, préselt hangszínt eredményez. A diszfóniás gyakran köhög vagy krákog.
- Orrhangzós beszéd- A hangok nazális színezete változik meg (pl. nyitott szájpadlás esetén). Nyelvünk orrhangjai elvesztik orrhangzósságukat vagy a nem orrhangok válnak orrhangzóssá. A helytelen hangképzés nemcsak a kiejtést, hanem a hangszínt is megváltoztathatja,

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Értelmi fogyatékosság
„Az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első életévektől kezdve – számottevően elmarad, és emiatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott”. Czeizel-Lányiné-Rátay (forrás: www.massag.hu, 2009). A környezet érzékelése, a tájékozódás, az ingerek értékelése, a kommunikáció, az önálló döntéshozatal a fogyatékosság fokától függő nehézséget jelenthet az értelmi fogyatékos emberek számára. Mivel az értelmi képességek elmaradása már az első évektől érzékelhető, ez biztosan megkülönbözteti az értelmi sérülést a pszichózisoktól és a demenciáktól. Az értelmi fogyatékosság alapvető oka a központi idegrendszer sérülése. Ha az idegrendszer károsodik valamilyen okból, a gyermek nem feltétlenül lesz értelmi fogyatékos, de minden értelmi fogyatékos esetében elmondható, hogy az idegrendszer károsodott.
Szintén a fenti definícióból következik, hogy mivel az általános értelmi képesség legelfogadottabb mérési módja az intelligenciateszt, a népesség átlagától való eltérés az intelligenciahányadossal adható meg legegyszerűbben. A legismertebb osztályozás is az IQ-értékek alapján sorolja be az értelmi sérülteket: enyhe (IQ 50-70), középsúlyos (35-49) és súlyos (35 alatt) kategóriába. Itt jegyzendő meg, hogy korábban a debil, inbecil, idióta elnevezések is használatban voltak a szakemberek körében, ezek megfeleltethetők az előbbi hármas osztályozásnak El kell azonban mondani, hogy az IQ-tesztek a többségi társadalmak részére készülnek, így alábecsülhetik a más kultúrából érkezők értelmi képességeit, vagy a saját kultúrájához, életmódjához ragaszkodó, a többségtől elszigetelődő kisebbségből származók intelligenciáját. Halmozott sérülés esetén a társult sérülés fajtájához adaptált tesztet használnak. (Illyés)

Fogyatékosság általános elméleti keretei
Fogyatékosságok típusai

Súlyos- halmozott fogyatékosság

A súlyos fogyatékosság meghatározásában a „súlyos” jelző elsősorban arra utal, hogy a diagnosztizált sérülés, károsodás, fogyatékosság olyan akadályozó tényezővé válik, ami tartósan, maradandóan, véglegesen és jelentős mértékben nehezíti, akadályozza, gátolja a különböző funkciók kialakulását vagy fejlődését.

A halmozott jelző egyértelműen arra utal, hogy egyidőben két vagy több, egymással nem közvetlen oki kapcsolatban álló különböző fogyatékosság is megfigyelhető. A halmozódóan, párhuzamosan fennálló fogyatékosságok kialakulásáért általában a központi idegrendszer komplex sérülése felelős, aminek következtében egyszerre több fő vagy vezető tünet is kialakul és nem következményesen (másodlagosan, harmadlagosan) kialakult fogyatékossággal állunk szemben.

A súlyos-halmozott fogyatékosság meghatározása korántsem egyértelmű feladat. Márkus (2003) számos aspektusát felsorolja a meghatározásnak, így megközelíthető orvosi, pszichológiai, jogi, pedagógiai, szociológiai, perszonális és még számos oldalról egy lehetséges definíció. Hazánkban a súlyos-halmozottan fogyatékos személyek definíciójának a gyógypedagógiai gyakorlat alapján az alábbi személyeket tekintjük:”akik legalább két területen minősülnek fogyatékosnak és ezek közül legalább az egyik területen a legsúlyosabb minősítést kapják.” (Illyés) A legsúlyosabb értelmi fogyatékos minősítést kapók esetében a verbális kommunikáció nehezített, sok esetben teljesen hiányzik. A hiányzó kommunikáció következményeként a környezettel való kontaktus felvétel nehezített, legyen az szűkebb vagy tágabb környezet, ennek a következménye pedig az izoláció

A fejlesztés és a rehabilitáció megjelenési területei

Habilitáció:

Gyógypedagógiai értelmezés szerint a habilitáció a veleszületett ok, fejlődési rendellenesség vagy betegség miatt fejlődésükben megzavart és ezért a közösségi részvételben akadályozott személyekre irányul. Olyan, a társadalom által biztosított, szervezett tevékenységek és támogatások rendszere, amelyek segítségével e személyeknek a közösségi életben való részvétele javítható, kiteljesíthető. A gyógypedagógiai habilitációra leggyakrabban veleszületett, vagy korai gyermekkorban keletkezett ok miatt van szükség, ezt a kifejezést részesítik előnyben a rehabilitációval ellentétben.

A fejlesztés és a rehabilitáció megjelenési területei

Rehabilitáció:

Gyógypedagógiai értelmezés szerint a rehabilitáció: helyreállítás, visszaállítás; tágabb értelemben minden egészségügyi, pedagógiai és mentálhigiéniai tevékenység, amely azt szolgálja, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekeket, az egyes fogyatékossági típusba tartozó egyéneket, a pszichiátriai betegeket, a szenvedélybetegeket, és a hajléktalan személyeket a többségi nevelési, oktatási intézményekbe, majd a többségi társadalomba minél nagyobb sikerrel tudjuk visszahelyezni. A cél a minél nagyobb önállóság elérése a szükséges, de elégséges támogatás biztosításával az egyéni szükségletek, igények figyelembevételével.

A fejlesztés és a rehabilitáció megjelenési területei

A rehabilitáció új értelmezésében a rehabilitáció során kétirányú tevékenység folyik. Egyik a kliens-központú irány, amely a kliens helyzetének megváltoztatását jelenti. A másik irány a társadalom-központú irány, amely szűkebb értelemben a fogyatékos ember környezetének, tágabb értelemben a társadalomnak az átalakítását jelenti. A rehabilitáció feladata nem pusztán a kliens rehabilitálása, hanem a társadalom, a közeg rehabilitálása: megfelelő átalakítása. A rehabilitáció egyik alanya tehát a kliens: a rehabilitációs szolgáltatásokban részesülő egyén, másik alanya maga a társadalom, ami azáltal, hogy a fogyatékos ember befogadására, adott állapotában képtelen, maga is rehabilitálásra szorul.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény megfogalmazásában a rehabilitáció “az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése”

A fejlesztés és a rehabilitáció megjelenési területei

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról (továbbiakban: Szoc tv.) szabályozza, hogy melyik célcsoport számára hozható létre rehabilitációs célú intézmény, amely a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja. (Szoctv. 72 §). "*Ezen célcsoportok a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek, és a hajléktalan személyek.*

A Szoctv. alapján *"pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget, illetve 16. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód." (Szoctv. 73 §)*

A fogyatékosok rehabilitációs intézményét az alábbiak szerint szabályozza a Szoctv.:

74. § (1) " A fogyatékosok rehabilitációs intézménye azoknak a fogyatékos, valamint mozgás-, illetőleg látássérült személyeknek az elhelyezését szolgálja, akiknek oktatása, képzése, átképzése és rehabilitációs célú foglalkoztatása csak intézményi keretek között valósítható meg.
(2) A fogyatékosok rehabilitációs intézménye előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást."

A hajléktalanok esetében a vonatkozó jogszabályrész:

74/A. § "A hajléktalanok rehabilitációs intézménye annak az aktív korú, munkaképes hajléktalan személynek az elhelyezését szolgálja, akinek szociális ellátása ily módon indokolt, és aki önként vállalja a rehabilitációs célú segítőprogramokban való részvételt."

A fejlesztés és a rehabilitáció megjelenési területei

Fejlesztés:az értelmező kéziszótár szerint a szó a következőt jelenti: Növekedés okozása; erősödés elősegítése, amikor azt elérjük, hogy egy működés nőjön, növekedjen, javuljon, tökéletesedjen. (www.wikiszotar.hu). Nőjön, novekedjen, javuljon, tökéletesedjen. A szociális területen végzett fejlesztésnek is a javulás, tökéletesedés a célja, bár ezek a szavak , ha a fejlesztésben érintett célcsoportjainkra gondolunk, az elfogadást egyáltalán nem közvetítik, de hangsúlyozzuk ugyanakkor, hogy adott állapothoz képest történő pozitív elmozdulás jelentős életminőség-változást eredményezhet egy fejlesztésben érintett egyén életében. A fejlesztés elsősorban a gyermekek, illetve a fogyatékossággal élők számára nyújtott gyógypedagógiai, pedagógiai, mentális, pszichológiai módszerek összessége, amely az egyéni képességek, részképességek javulását, illetve a társadalmi elvárásoknak megfelelő részvételt segít növelni.

A fejlesztés és a rehabilitáció megjelenési területei

Azon célcsoportok, melyek inkább a rehabilitációban érintettek:

a) fogyatékos, valamint mozgás-, illetőleg látássérült személyek
b) pszichiátriai betegek,
c) szenvedélybetegek
d) hajléktalan személyek

Azon célcsoportok, melyek inkább a fejlesztésben érintettek:

a) gyermekek
b) fogyatékossággal élők, főképpen a hallássérültek, a beszédfogyatékos személyek, az autisták, értelmi fogyatékos személyek, súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

A mozgásfogyatékossággal élők esetén a korai fejlesztés a gyermekeknél alkalmazandó legfontosabb rehabilitációs lehetőség, mely esetén a szakértői bizottságnak kell megtalálni azt a formát, amely igazodik a gyermek adottságaihoz, lehetőségeihez.
A családjukban mozgásfogyatékos gyermeket nevelőknek nyújtott szolgáltatások formái a teljesség igénye nélkül:
- Egyéni, komplex gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás,
- Dévény-féle speciális manuális technika (DSGM) – Célja, hogy a mozgásrendszerben rejlő zsugorodások (izom, ín) elhárításával megteremtse a mozgás anatómiai feltételeit, valamint az idegrendszer ingerlésével felgyorsítsa a meglassult mozgásfejlődést. A szakember kézzel kezeli a fogyatékossággal élő gyermeket.
- Tervezett Szenzomotoros Tréning (TSMT): Mozgásos feladatokra épülő terápia, mely előre tervezett ingerekkel indít el spontán fejlődést a gyermekeknél.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

- HRG (hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika): A HRG módszer egy magyar rehabilitációs, langyos vízben alkalmazható eljárás. A módszer és a feladatok rendszeres és kellően intenzív alkalmazásának az idegrendszer kéreg alatti szabályozásának normalizálódására van pozitív hatása.

-- Zeneterápia – melynek során a zenét, mint eszközt használjuk személyiségfejlesztés, korrekció, gyógyítás, és rehabilitáció érdekében. Céljai a gyermek sérülésének és a család igényeinek megfelelően a magatartászavarok enyhítése, mozgás-, figyelem- és kommunikációfejlesztés, a szorongások oldása

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

A mozgássérült emberek állapota nagyon széles skálán jellemezhető, egyesek képesek a teljesen önálló életre a számukra megfelelő segédeszköz segítségével, míg mások élethosszig tartó, teljes körű ápolásra szorulnak. A cél, minden esetben, a képességekhez mért legnagyobb önkiszolgálás megvalósítása.

Ezt számos segédeszköz segíti az élet minden területén:

- a közlekedést segítő eszközök, például igénybe vehetnek botot, járókeretet, rolátort, kerekesszéket, mely lehet mechanikus, vagyis saját maga által hajtott, vagy elektromos
- testápolást segítő eszközök, például nyeles tisztálkodási eszközök
- szájhigiénia, például elektromos fogkefe
- fürdés, zuhanyozás, például mennyezeti emelő, fürdetőszék, akadálymentes zuhany
- toaletthigiénia, például biztonsági rögzítés, rátétek
- öltözködés, például a megfelelő, könnyen felvehető ruhadarabok előnyben részesítése
- táplálkozás, például speciális tányérok, füles poharak, speciális evőeszközök, etetőgép alkalmazása,
- háztartási tevékenységek, például kihúzható asztallap, elektromos kés, elektromos konzervnyitó, tárgytámasztékok, tapadókorongos tárgyrögzítők
- tanulási és munkatevékenységeket segítő eszközök

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

A látássérültek elemi rehabilitációja módszertanának kifejlesztésével és bevezetésével a szakemberek célja az volt, az érintettek képesek legyenek az önálló életvitelre, hiszen jelentős részük értelmileg nem akadályozott, vagyis élhetnek hétköznapi életet, ugyanakkor fontos számukra azoknak a speciális eszközöknek, módszereknek az elsajátítása, amely lehetővé teszi számukra a teljesen önálló életet. Az elemi rehabilitáció az élet olyan területeire fókuszál, ahol a látássérülésből fakadóan különleges odafigyelés, tudás szükséges. Ezek a közlekedés, a mindennapi tevékenységek (higiéniai tevékenységek, háztartási tevékenységek, vásárlás, ügyintézés)

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

Az elemi rehabilitáció történhet:
a) ambuláns forma azt jelenti, hogy alkalmankénti beutazással veszi igénybe a rehabilitációs szolgáltatásokat
b) bentlakásos forma esetén intézményi keretek között, kiszakadva családi környezetéből rehabilitálódik
c) otthontanításos formában a rehabilitációs szakember megy a látássérült ember otthonába, és ott valósulnak meg a rehabilitációs szolgáltatások. Ennek nagy előnye van a mindennapos készségek tanításánál, hiszen ezeket a tevékenységeket túlnyomórészt otthon kell majd végezni.
A formát az egyén szükségletének, illetve a szolgáltató szervezet adottságainak, lehetőségeinek figyelembevételével szükséges meghatározni.(Dávid-Dr. Gadó-Csákvári, 2008)
Az elemi rehabilitáció célja a teljes önkiszolgálás, amennyiben az érintett képes erre. A Braille-írás elsajátítása is az elemi rehabilitáció része, ma már az élet számos területén találkozhatunk ezzel az írással, gondoljunk a papírpénzre, vagy a közlekedési tájékoztatók elérésére, a gyógyszeres dobozok megjelölésére. A számítógép nagy segítséget jelent az érintettek számára, a különböző felolvasó programok lehetőséget teremtenek mind a munkavégzésre mind az információszerzésre a látássérültek életének önállóvá válásában.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

A halláskárosodás tüneteinek kezelésére a hallókészülékek jelentenek megoldást. Vannak fül mögé és a fülre szerelhető készülékek. A legmodernebb készülékek a hallójáratba illeszthetők. A vezetéses és az idegi típusú nagyothallás műtéttel is javítható. Léteznek hanghelyettesítő, hangpótló berendezések, melyek a telefoncsengés jelzők, a kapucsengő jelzők, babasírás jelzők, amelyek fénnyel jeleznek, ezáltal válik érzékelhetővé a jelzés a hallássérült számára. Ugyanakkor fontos fejlesztési módszer a szájról olvasás technikájának vagy a jelbeszéd megtanítása is. Hallássérülteknél problémaként jelentkezhet az egyensúly nem megfelelő érzékelése, ennek javítására egyensúly-fejlesztő gyakorlatokat végezhetünk az egyénnel.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

Az autizmus sok esetben nem kerül azonosításra, nem diagnosztizálják, ezért az érintettek jelentős része nem kap autizmus-specifikus segítést az életében. Egy autista ember világa sokkal egyszerűbb és letisztultabb, mint a nem autistáké, amit látnak, amit hallanak, amit éreznek, az a valóság, nem gondolnak mögé átvitt értelmeket, nem értik a viccet, a szimbolikát, hanem mindent teljes valóságukban látnak, éreznek. Ezért okoz számukra gondot a nem autista emberek világának a megértése, ami tele van nem egyértelmű dolgokkal, és ők ezt nem tudják értelmezni. Viszont azt érzékelik, hogy valami nincs rendben, hogy nem értik a környezetüket, ez pedig szorongást és frusztrációt okoz bennük. A szorongás és frusztráció pedig agressziót vált ki belőlük, amelyet nem tudnak irányítani, kezelni. Sok esetben a szorongást a beszéd kialakulásának elmaradása is jelenti, vagyis nem érti, mi történik körülötte, és ő sem tudja elmondani, mi történik benne. Ennek következménye saját maga és/vagy mások bántása, bántalmazása.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

Az autista ember minél szorongásmentesebb, és ezáltal agressziómentesebb életének segítéséhez ma már nagyon jó gyakorlatok állnak rendelkezésünkre. Amennyiben azt szeretnénk, hogy könnyebbek legyenek a mindennapok egy autista emberrel, biztonságot kell számára teremtenünk a következő módszerekkel:

- lehetőség szerint az egyén rendelkezzen saját szobával, vagy ha ez nem lehetséges, a szobán belül próbáljuk elkülöníteni az ő területét egy paravánnal, függönnyel. Ez a tömegből, zajból, együtt lakásból fakadó feszültség nagy részét elsimítja.
- nagyon fontos egy kiszámítható, ismétlődő napirend kialakítása az egyén számára. Ismétlődjenek a vele történő események, és ezekre mindig készítsük fel, tájékoztassuk, mire számíthat aznap, mi fog vele történni.
- vizuális segédeszköz alkalmazása. A feszültség és az ebből adódó agresszió a bizonytalanság mellett a kommunikáció hiányából fakad. Amennyiben nem képes az egyén beszédre, nem tudja kifejezni, hogy mit szeretne, hogy fázik, vagy éhes. Eszközt kell adnunk a kézébe, amellyel tudtunkra tudja adni, ami a fejébe van. Vizuális segédeszköz a rajz, a napirendkártyák, tevékenységkártyák, folyamatábrák, amelyek részletesen, lépésről lépésre lebontják a tevékenységet, bemutatják a napját, mi fog vele történni, kifejezhetik a fájdalmukat, az érzéseiket, a kérdésieket, vágyaikat. Ezeket a kártyákat magunk is elkészíthetjük, vagy vásárolni is lehet őket. Mindig az egyén által jól látható helyre kell kiraknunk, és fontos a rajta találhatók megbeszélése az egyénnel, hiszen csak akkor fogja érteni, mit jelentek a rajzok, ha megtanítjuk nekik.
- az idő érzékelése szintén nehézséget okoz az autizmusban érintetteknél. Ennek megoldása lehet, egy úgynevezett timer használata, amely megmutatja vizuálisan, hogy mennyi ideje van felöltözni, sétálni, játszani, pihenni, ez is segíti a bizonytalanságból való feszültség oldását.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

A beszédjében sérült egyéneknél is sok szorongást és feszültséget teremt a fogyatékosságuk. Ennek következménye lehet a túlzott agresszió, vagy a másik véglet, teljes elszigetelődés, mert ezek az emberek az életük során nagyon sok gúnyolódást, bántást, kirekesztést éltek meg, amelyek jelentős nyomot hagynak a viselkedésükben, személyiségükben, az emberekhez való viszonyulásukban. A logopédus a kulcs ennek a fogyatékosságnak a kezelésében, szakmai tudása és módszerei nagyban csökkenthetik az érintettek fogyatékosságát, segíthetik azt, hogy jobban megértessék magukat a környezetükkel.
Nem logopédusként feladatunk a beszédsérült ember mindennapi támogatása türelemmel, odafigyeléssel. Megóvni a társai esetleges gúnyolódásaitól, kezelni az ebből adó konfliktushelyzeteket. A társakat érzékenyíteni az érintett állapotával kapcsolatban. Használni azokat a segédleteket, amelyeket a logopédus meghatároz, amelyekkel könnyíthetjük az érintett kommunikációját, ezáltal jobban tudja közvetíteni a mondanivalóját, és ennek következtében kevesebb feszültség halmozódik fel benne, ezáltal mind ő, mind a környezete kevesebb konfliktussal élheti a mindennapjait.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

Az értelmi fogyatékosság fontos meghatározója az egyén állapotának megfelelő támogatási szükséglet. Ez a szükséglet lehet időszakos, korlátozott vagy kiterjedt. A szükségletétől függ, hogy milyen mértékű gondozásra, ápolásra, segítésre van szüksége. Az egyén saját szükségletét az egyén és környezete, illetve a vele foglalkozó szakemberek közösen határozzák meg. A velük való munkában elengedhetetlen a fejlesztőpedagógus vagy gyógypedagógus bevonása, mert ők tudnak egyénre szabva olyan módszereket meghatározni, amelyek az adott egyén személyes szükségleteire reagálnak, és ezek a szakemberek képesek meghatározni az egyén képességeit, amelyek fejleszthetőek, előhívhatóak, akár kialakíthatóak. Hiszen a fejlesztések hatására az érintett képes lehet jobban együttműködni a környezetével, az őróla gondoskodó emberekkel, a fogyatékosságából fakadó viselkedészavarok, állapotok, melyek jelentősen nehezíthetik az integrálódást a csoportba, enyhülhetnek. A türelem és a fejlesztők által meghatározott terápiák, módszerek alkalmazása nagyban javíthatja az érintettek életminőségét. Kisgyermekkorban a korai fejlesztés jelentősége kiemelkedő.Míg enyhe értelmi fogyatékos gyermekeknél az integrált óvodai, iskolai együttnevelés, gyógypedagógus segítségével, lehetőség szerint kiscsoportban, a fejlesztés leghatékonyabb módszere, addig a súlyos-halmozottan sérült gyermekek esetén az egyéni fejlesztés hoz eredményeket.

A rehabilitációs és fejlesztés módszerei

A középsúlyos értelmi fogyatékos gyermekeknek főképpen a kiscsoportos vagy az egyéni fejlesztés ajánlott. Ugyanígy van a felnőtteknél is, kiscsoportban vagy egyéni fejlesztésben részesítik az egyéneket. A fejlesztés főbb kritériumai:

minden esetben az egyéni sajátosságokra reagálnak,
a konkrét szemléltetés eszközét alkalmazzák,
nagyon kis lépésekben és nagyon sok ismétléssel haladnak előre,
az egyén számára fontos, értékelt dolgokkal keltik fel a motivációt
feladathelyzetben, melynek sikeres megoldásával az önbizalom megerősítésére törekednek
állandó pozitív visszajelzést adnak az egyéneknek
minden fejlesztő helyzetben a következetességet szem előtt tartják

Érzékenyítés

Az érzékenyítés során egy személy, csoport, populáció figyelmét hívják fel egy fontos (társadalmi) kérdésre. Célja, hogy a célcsoport figyelmét felkeltse, érzékenységét fokozza egy téma iránt. A meghatározásból három dolog következik:

1. Ismernünk kell azt a populációt, amelynek figyelmét rá szeretnénk irányítani az adott kérdésre.

2. Képesnek kell lennünk a célcsoporttal kommunikálni.

3. Meg kell határoznunk, mely módszerek segítségével tudjuk aktivizálni őket, és milyen változást várunk tőlük.

Láthatjuk, hogy az érzékenyítés az egyszerű tájékoztatásnál sokkal többet jelent. Az információ célja egy üzenet közvetítése. Az érzékenyítés során a résztvevőben nem tudatos folyamatok zajlanak, ez feltételezi az üzenet beépülését, az attitűd és a viselkedés megváltozását. Az érzékenyítés az egyén vagy a társadalom számára megadja a lehetőséget, hogy döntsön, és felelősséget vállaljon életének irányításában

Érzékenyítés

Az attitűd három összetevőre bontható, melyek mindegyike hatással van a többi összetevőre:
Szemlélet (ahogyan az emberek a körülöttük zajló történéseket látják, hiedelmeik, tények, feltételezések, értelmezések, tapasztalatok)
Érzelmek (ahogy az emberek éreznek, szubjektivitások)
Cselekedetek (ahogy az emberek az érzelmeik és szemléletük befolyása alapján cselekszenek, amit az attitűdjüknek megfelelően tesznek)
A társadalmi attitűdváltozást a fogyatékossággal kapcsolatos szemléletváltással érhetjük el. Azért nehéz ez, és igényel sok időt, odafigyelést, és érzékenyítést, mert a fogyatékosság hosszú évszázadokon keresztül egy rejtegetnivaló, eldugnivaló, szégyelnivaló jelenség volt, nem véletlen, hogy nagyon sok, fogyatékossággal élőket ellátó intézmény a lakott településektől messze vagy településhatáron találhatóak, hiszen ezzel az elkülönítéssel érték el azt, hogy a társadalom tagjainak nem kellett szembesülniük a fogyatékossággal.

Érzékenyítés

Mára ez az attitűd nagyban megváltozott, ennek a jó példája, a 2007. évi XCII. törvény, mely aláírásával Magyarország elfogadta a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezményt és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyvet a 8. cikkben a tudatosság növelését, mint elvárt célt fogalmazza meg. Az Egyezmény aláírásával Magyarország vállalta, hogy támogatja a társadalmi tudatosság formálását célzó kampányokat, elismeri a fogyatékossággal élő személyek szakértelmét, érdemeit, képességeit, valamint a munkahelyi és a munkaerő-piaci hozzájárulásuk jelentőségét. Támogatja a fogyatékossággal élő személyek jogait tiszteletben tartó magatartásforma tudatosítását az oktatásban ösztönzi a médiát, hogy a fogyatékossággal élő személyek a jogaik figyelembevételével jelenjenek meg. Ezekből következik, hogy nagy hangsúlyt kell fektetnünk a különböző tévhitek, hiedelmek lebontására, megcáfolására.

Érzékenyítés

Segítő szakemberként a fogyatékosság elfogadása a munkával együtt járó elvárás, amelyben az empátia készsége nyújthat segítséget. Az empátia beleérző/átérző képességet jelent, vagyis azt, hogy át tudjuk érezni a másik ember helyzetét, bele tudjuk képzelni magunkat abba életszituációba, amiben az adott ember van. A fogyatékossággal élő emberek számára a legnehezebben elfogadható tényező a társadalom által feléjük közvetített sajnálkozó, nem elfogadó, őket a többségi társadalom tagjainál kevesebbnek gondoló attitűd. Sokszor érzik azt, hogy úgy beszélnek és viselkednek velük, mint a gyerekekkel, holott ők már felnőtt emberek saját gondolatokkal, érzésekkel, vágyakkal és igényekkel. Gondoljunk arra, hogy a legtöbb szociális alapszolgáltatásban vagy szakosított ellátási formában “srácok”-nak vagy “fiatalok”-nak hívjuk az ellátottakat. Azokat az ellátottakat, akik sokszor már az 50.életévüket is betöltötték. Ahhoz, hogy eredményesen tudjunk együtt dolgozni fogyatékossággal élő emberekkel, elengedhetetlen megérteni, hogy ők ugyanazokkal a jogokkal rendelkeznek, mint ép társaik, és az igényeik is ugyanolyanok, mint az épeknek. Segítő szakemberként munkánk során arra kell törekednünk, hogy minden fogyatékossággal élő egyén saját igényeit térképezzük fel, segítő odafordulással adjunk esélyt mindenkinek arra, hogy ki tudja fejezni a vágyait, az érzéseit, a szükségleteit, melyek megoldásában kell segítséget nyújtanunk. Ugyanakkor fontos kiemelni azt is, az egyéni képességeket, készségeket, határokat minden esetben szem előtt kell tartanunk, és ezek figyelembevételével szükséges végezni a munkánkat.

Kommunikáció

A hatékony kommunikáció olyan emberi érintkezési, kapcsolattartási forma, amely lehetővé teszi gondolataink, érzéseink, érdekeink megfogalmazását mások számára, s egyben azt is, hogy mi magunk megismerjük és megértsük mások gondolatait, érzéseit, érdekeit. Jelentése lényegében azonos az asszertív kommunikációval. Mindkét fogalom feltételezi, hogy a hatékony kommunikáció képessége nem csak a helyzetből, a helyzetre vonatkozó tudatos felkészülésből áll, hanem a kommunikációban részt vevő felek személyiségét is jellemzi az asszertivitás.

A hatékony kommunikáció olyan emberi érintkezési, kapcsolattartási forma, amely lehetővé teszi gondolataink, érzéseink, érdekeink megfogalmazását mások számára, s egyben azt is, hogy mi magunk megismerjük és megértsük mások gondolatait, érzéseit, érdekeit. Gyakran halljuk az asszertív kommunikáció kifejezést is, amelynek jelentése lényegében azonos a hatékony kommunikációval. Mindkét fogalom feltételezi, hogy a hatékony kommunikáció képessége nem csak a helyzetből, a helyzetre vonatkozó tudatos felkészülésből áll, hanem a kommunikációban részt vevő felek személyiségét is jellemzi az asszertivitás. Ez a fogalom önérvényesítést, önelfogadást, valamint a közvetlen környezet elfogadását és mások irányába is hasonló bizalom nyújtását jelenti.

Kommunikáció

A hatékony kommunikáció elsődleges feltétele, hogy a vitás helyzetek során minden érdekelt fél kongruens kommunikációt folytasson. A kongruens kommunikációs jelentése: A verbális, nonverbális és metakommunikáció összhangja. Az egyéni sajátosságok megnehezítik a kongruens kommunikációt. (Buda Béla, 1986.)

Az egy közösségben élő társakat kiemelkedő jelentőségű érzékenyíteni egymás fogyatékosságából fakadó speciális viselkedésminták elfogadásával kapcsolatban, hiszen minden fogyatékosság-típusnak megvan a maga sajátossága, a hozzá tartozó jellegzetes viselkedésmintával, amelyet jelentősen árnyalhat az egyén egyedisége, személyisége. Ezért nagy hangsúlyt kell fektetni a csoportdinamikára, a csoportban megfigyelhető változásokra, ezeknek okaira. Hiszen a konfliktusok nagyrészt a különbözőségekből és ezek nem elfogadásából eredeztethető. Törekednünk kell arra, hogy a csoport minden tagja tudja tolerálni a többiek különbözőségeit, az ebből fakadó nehézségeket. Erre megoldási alternatívákat kell mutatnunk, tanítanunk az érintetteknek, fontos lehetőséget, alkalmat adnunk nekik, hogy külön vonulhassanak, vagy tudtunkra hozzák a saját kommunikációs lehetőségeikkel a bennük felgyülemlett feszültséget, és ezzel egyidejűleg törekednünk kell ezen feszültségek elsimítására közös játékkal, az elvonulás lehetőségével, a feszültséget teremtő csoporttag fejlesztésével. Fontos kiemelni, hogy a megalázás, a fizikai vagy verbális agresszió, a nevetségessé tétel soha nem vezet a konfliktushelyzet megoldására, ezekkel a módszerekkel az egyén izolációját, elszigetelődését segítjük elő, ezért ezeket ne alkalmazzuk.

Kommunikáció

Általánosságban elmondható, hogy az érintettekkel való kommunikációnál a szakembernek a segítő kompetenciájába tartozó készségeket kell alkalmazni:

- türelem
- odafigyelés
- asszertivitás
- nyitottság
- érthetőség, egyértelműség
- az egyéni képességek, értelmi szint figyelembe vétele
- egyéni szükségeltek figyelembe vétele
- elfogadás
- támogatás
- következetesség

Kommunikáció

Mozgássérültek:

Mindig térképezzük fel először a személy kommunikációs lehetőségeit, és az adottságainak megfelelően kommunikáljunk vele. Ne kiabáljunk, ne használjunk túlzott artikulációt, csak abban az esetben, ha erre valóban szükség van. Minden esetben partnernek tekintsük az egyént. Ha kommunikálni szeretnénk egy keresszéket használóval, minden esetben forduljunk felé, és törekedjünk arra, hogy egy magasságba kerüljünk vele. Ne tegyünk az állapotából adódó megjegyzéseket , és ne fogalmazzunk kétértelműen, mert ezeket félreértheti. Ha nehézséget jelent számára a verbális kommunikáció, eldöntendő kérdésekkel segítsük, melyre igen-nem válaszokat tud adni. Mozgássérülteknél motoros beszédzavar alakulhat ki, amitől nehezen érthető lesz a beszéde, de ettől ő nem értelmi fogyatékos, vagy hallássérült a személy, kommunikációnkban erre figyeljünk

Kommunikáció

Látássérültek:

A látássérülttel való találkozáskor, amíg meg nem ismer minket, minden esetben mondjuk meg a nevünket érthetően, illetve mondjuk el, kik vannak még jelen velünk, vagy a környezetünkben, és ők hol helyezkednek el a helyiségben a látássérült emberhez képest.

Minden esetben kérdezzük meg, hogy szüksége van-e segítségre, egy egyszerű: Segíthetek? kérdéssel, hagyjuk meg a lehetőséget neki, hogy eldöntse, meg tudja-e oldani egyedül az adott helyzetet, vagy szüksége van külső segítségre. Természetesen a testi épségét minden esetben szükséges szem előtt tartani.

Kézfogás esetén mi fogjuk meg az ő kezét, mert ő nem látja a miénket. Egyéb segítő tevékenység esetén is mi vezessük őt.

A látássérültet ne hagyjuk ott szó nélkül, minden esetben jelezzük számára érzékelhető módon, ha be szeretnénk fejezni a beszélgetést, vagy elhagyjuk a szobáját, a helyiséget vagy a területet, ahol közösen tartózkodunk

Látássérültek esetén hatékony kommunikációs eszköz lehet a Braielle írással írt szöveg, ugyanakkor ennek az írásnak a megtanulása fiatalabb korban egyszerűbb, mint idős korban, mert idősebb korban a tapintás is kevésbé érzékeny. A Braille írás a papír felületéből kidomborodik, ezt az ujjbegyekkel kitapintva, dekódolva olvassák el a látássérültek a szövegeket.

Kommunikáció

Esetükben a hanggal való kommunikációnak kiemelkedő jelentősége van, mert sok esetben a látássérült hallásával nincs probléma. Vagyis érthetően, egyértelműen, nem hadarva, tiszta beszéddel szükséges látássérülttel kommunikálni, a megértésben ez nagy mértékben segít, hiszen ők nem látják a beszélő szájmozgását, és a nonverbális kommunikációját sem. Kiemelkedő jelentőségű a tapintás a látássérültek körében. Tapintással ismerik meg a körülöttük lévő világot, amit nem láthatnak. Ezért feladata a látássérültet segítőnek, hogy irányítsa és segítse a megismerést tapintás útján, és minden megfogott dolgot nevezzen meg, ezzel tanítsa meg a körülvevő világban lévő tárgyak felismerésé (Meggyesné-Máténé, 2013)
A tánc, bármilyen mozgásforma és a zenehallgatás ebben az esetben is nagyon jelentős fejlesztési módszerek.

A segédeszközök használata, illetve használatának a segítése alapvető feladata az érintettek környezetében tartózkodóknak. Türelemmel, odafigyeléssel, empátiával szükséges segíteni a látássérültet a számára alkalmazható eszközök használatának és módszereknek az elsajátításában. Elveszíteni a látást igazán nagy traumát okoz az egyén életében, amelynek könnyen lehet depresszió vagy szuicid hajlam a következménye, amelyre minden, az érintett környezetében lévő embernek figyelnie kell, érzékelni kell, és jeleznie kell a megfelelő szakember, mentálhigiénés szakember, pszichológus, pszichiáter felé. Fontos figyelni arra, hogy a látó társak ne diszkriminálják negatívan, vagy ne használják ki a nem látó embert. Segíteni kell az integrációját a csoportba.

Kommunikáció

Hallássérültek:

Amikor hallássérült személlyel kommunikálunk, mindig hozzá beszéljünk, rá nézzünk. Aki szájról tud olvasni, ne csak ránézzünk, hanem lassan és tisztán, artikuláltan beszéljünk hozzá, rövid tőmondatokat használjunk és ne takarjuk el a kezünkkel a szánkat, mert akkor nem tudja leolvasni, amit mondani szeretnénk. Hallássérültek esetén kézjelekkel és a különböző nonverbális kommunikáció eszközeivel, vagyis érzelmeink arcunkkal történő kifejezésével segíthetjük a beszélgetést. Ha szeretnénk hallássérült személy figyelmét magunkra irányítani, érintsük meg enyhén a vállát, vagy intsünk a kezünkkel, de semmiképpen ne kiabáljunk, mert az nem segít, ha nem tudjuk magunkat megértetni, akkor írjuk le, amit közölni szeretnénk. Kommunikációs lehetőség még hallássérültek esetében a jelelés, amennyiben nem tudunk jelelni, jelnyelvi tolmács/segítő használata. (Meggyesné-Máténé, 2013) Segítségül hívhatunk még vizuális segédeszközöket, képeket, fotókat, videókat is, melyek szükségleteket, igényeket fejeznek ki.

Kommunikáció

Autizmus és autizmus spektrum zavar

Az autizmus egy nagyon összetett állapot, az egyén viselkedése, mindennapjai nagyban függnek attól, hogy a spektrum melyik részén helyezkedik el, ugyanakkor látunk ismétlődő jellemzőket, viselkedésformákat. Amennyiben kisgyermekkorban, akár már 18 hónapos kortól, nem kezdődött el a gyermek autizmus-specifikus fejlesztése, felnőtt korára jelentős viselkedés,- és kommunikációs problémákkal küzdhet az autizmusban érintett. A velük való kommunikációban kiemelt hangsúlyt kapnak a vizuális segédeszközök: a napirend kártyák, a folyamat kártyák, a szabályokat bemutató kártyák. Ezeket magunk is el tudjuk készíteni. Fontos az egyenlő bánásmód alkalmazásának elve, az egyértelmű fogalmazás, a kétértelműség, irónia kerülése, mert az autizmussal élők ezt nem tudják értelmezni. Akkor segítsünk az egyénnek, ha úgy látjuk, hogy szükséges, egyéb esetben hagyjuk, hogy maga próbálja megoldani az adott helyzetet. Utána megbeszélhetjük vele, hogy mi történt a helyzetben, hogyan lehetett volna másképpen megoldani, mi okozott számára feszültséget, nehézséget. Kiemelkedő fontosságú autizmusban érintett személyekkel való kommunikáció esetén a türelem, a csendes, higgadt, nyugodt beszéd. Az utánzás révén tanulnak meg társas helyzetekben viselkedni, a szabályokat betartani, ezért figyelnünk kell a viselkedésünkre, mert minda helytelen mind a helyes viselkedést könnyen megtanulják, és alkalmazzák a későbbiekben. vizuális segédeszközök, zene, tánc, bármilyen típusú mozgás

Kommunikáció

„A beszédhibásokkal, beszédfogyatékosokkal történő kommunikáció során a beszédpartnerhez való alkalmazkodás nélkül nem képzelhető el zavarmentes beszélgetés, társalgás, információ- átadás. Ennek megvalósulása érdekében beleélő-képességre, odafigyelésre, megértésre, elfogadásra van szükségünk” (Gáspár és Kisházy, 2010.)
Esetükben fontos a természetes viselkedés, a szemkontaktus tartása, olyan tevékenységeket válasszunk számukra, melyek nem a beszédkészségre koncentrálnak, jól megválasztott gesztusokkal, mimikával, artikulációval tudjuk segíteni a megértést. Türelemmel megvárjuk, hogy a saját eszközeivel kifejezhesse magát.
A jelelés segítheti még a kommunikációt, és az írásban való kommunikáció is elterjedt formája a beszédfogyatékosok esetén.

Kommunikáció

Értelmi fogyatékosság: minden érintettel a saját értelmi szintjének, képességeinek megfelelően szükséges kommunikálni, aminek megtalálása sokszor nagyon nehéz. Igénybe vehetünk segítségül képeket, segédeszközöket, a zenét, bármilyen típusú mozgást, tornát, a testi kontaktust, simogatást, ölelést

Gyakori jelenség, hogy az emberek kényelmetlenül érzik magukat értelmi fogyatékos személy társaságában. Jellemző például, hogy nem tudják eldönteni, hogy az értelmi fogyatékos emberhez, vagy kísérőjéhez beszéljenek, vagy bajban vannak például a tegezés-magázás kérdésében. Mivel az értelmi fogyatékos egyének az általánosan használt nyelvet legtöbbször nem tudják hatékonyan használni, különösen nehezített a verbális (beszélt és írott) kommunikáció, gyakran nem képesek szavakba önteni érzéseiket, gondolataikat. Általában erősségük a nonverbális lehetőségek kihasználása, fontos tehát az érzékenység kommunikációs partnerünk nonverbális kifejezésmódjára. Ha értelmi fogyatékos emberrel beszélünk, rövid mondatokat szükséges használni, közismert szavakat, elvont fogalmak használatát célszerű kerülni, tagadó mondatok kerülése célszerű.

Kommunikáció

Súlyosan-halmozottan fogyatékosok: A legsúlyosabb értelmi fogyatékos minősítést kapók esetében a verbális kommunikáció nehezített, sok esetben teljesen hiányzik. A hiányzó kommunikáció következményeként a környezettel való kontaktus felvétel nehezített, legyen az szűkebb vagy tágabb környezet, ennek a következménye pedig az izoláció (Fröchlich 2010).
A különböző területek optimális fejlődése elengedhetetlen a bio-psziho-szociális egység kiegyensúlyozott működéséhez. Fröhlich és Haupt modellje jól példázza, hogy a különböző területek egymással szorosan összefüggenek egymásra hatnak fejlődésük során. A fejlesztést tekintve ez az is jelenti, hogy egy-egy területet nem lehet és nem is érdemes izoláltan fejleszteni. A fejlesztés egész személyre ható pedagógiai folyamat, melyet a tervezés során figyelembe kell venni.

Kommunikáció

Az agresszív viselkedés is lehet kommunikációs csatorna. Természetesen nem minden helyzetre igaz ez, hiszen az önkárosító, sztereotip tevékenységek hátterében sok más ok is meghúzódhat. Ezen viselkedések pedagógiai értelmezése is sokat változott az idők során (lásd Márkus, 2003.). Adott pedagógiai helyzetben érdemes azonban megvizsgálni, hogy kapcsolatba hozható-e és ha igen milyen kommunikációs szándékkal hozható összefüggésbe egy-egy agresszív megnyilvánulás, legyen az az érintett személy esetén önmagára vagy a környezetére irányuló agresszió.
A környezettel való kommunikáció, az egymás megértése gyakorta nagyon nehezített, esetenként kölcsönösen frusztráló folyamat, különösen igaz ez a fogyatékos személlyel újonnan kapcsolatba lépő emberek esetén. Közvetlen hozzátartozók is gyakorta számolnak be az egymás megértésnek nehezítettségéről és annak pszichés terhéről. A súlyos-halmozottan fogyatékos személyek kommunikációjukban erősen rá vannak utalva környezetükre, pedagógiájukat tekintve a fejlesztési feladatok között a kommunikáció területének kiemelt jelentősége van
.

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

3. nap

Rehabilitáció megjelenése az ellátási formákban-, amit a pszichiátriai betegségekről tudni kell.

A szkizofrénia tünetei

A szkizofrénia pszichotikus epizódokból áll, amikor a valósággal való kapcsolat fellazul. Sokan álomszerű állapotnak írják ezt le, amikor nehéz tájékozódni, mi a valóság.

Sokféle, különböző súlyosságú tünet kapcsolódhat ehhez a betegséghez.

A szkizofrénia pozitív és negatív tünetei

Pozitív tünetek**nek hívjuk pl. hallucinációkat, téveszméket, kóros vonatkoztatást és jelentőségtulajdonítást. Ilyenkor valamilyen “többlet” kapcsolódik a szokásos lelki működésekhez.**

Negatív tünetek **valaminek a hiányát jelölik, pl. érzelmi visszahúzódás, megromlott koncentráció, csökkent érdeklődés lehetséges.**

A leggyakoribb célcsoportok

A közösségi gondozásra szorulók többsége szkizofréniával, ill. hangulatzavarral él.

A gondozottak mintegy 10%-a küzd szorongásos zavarral, vagy más kórképpel.

A szkizofrénia kórkimenetele

- Sokan azt gondolják, ez egy nagyon súlyos betegség. Ez azonban előítélet. A betegek többsége javul az évek folyamán és sokan felépülnek.
- A kórkimenetel összefügg a gondozás minőségével is. A betegség elején már indokolt a pszichoszociális gondozás, ami nagyon eredményes lehet. A gyógyszerelés is segít, de nem elegendő.

A hangulatzavarok

A depresszió az egyik leggyakoribb betegség. Ritka esetekben felhangolt, un. mániás időszakokkal váltakozik, ilyenkor bipoláris zavarról beszélünk.

Gyakori ezekben a kórképekben az öngyilkosság.

A FELÉPÜLÉS „OPERACIONALIZÁLÁSA” A GONDOZÁSBAN: A célok és szükségletek felmérése

- A szükségletek felmérésére alkalmas a Camberwell Szükségletfelmérő módszer (CAN), amelyet Demetrovics Zsolt és Laczkó Zsuzsa adaptáltak magyarra (Psychiatria Hungarica. 2008. 23. évf. 4. sz., p. 297-303.)
- Előnyei:
  - A szubjektív szükségleteket méri: pl. lehet, hogy valaki szegényen él, de ezzel nem elégedetlen, inkább szeretne több emberi kapcsolatot
  - A hozzátartozó, valamint a szakember véleményét is lehet pontozni, kiderülnek az eltérő nézőpontok.
  - A kliens az informális segítőkkel, ill. a szolgáltatóval szemben támasztott szükségleteit is elkülöníti. Lehet, hogy van szüksége segítségre, de nem tőlünk várja.
  - Alkalmas a szakmai munka minőségi nyomonkövetésére és kutatásra.

A FELÉPÜLÉS „OPERACIONALIZÁLÁSA” A GONDOZÁSBAN: A személyes célokra alapozott gondozási terv



- Bio-pszichoszociális modellben a betegek és hozzátartozóik személyes céljaira alapozott gondozási terv készül. A gondozási terv a célokat akadályozó kulcsproblémák kezelésére reagáló hatékony biológiai és pszichoszociális stratégiák ütemezéséből áll.
- A team-tagok tehát kísérik a felépülésúton a betegeket és hozzátartozóikat, a munkájukat az ő felépülés-céljaik irányítják. A folyamat operacionalizált és a betegek ill. hozzátartozók maguk is mérik az előrehaladást.

A FELÉPÜLÉS „OPERACIONALIZÁLÁSA” A GONDOZÁSBAN

A személyes célokra alapozott gondozási terv



- Gondozási terv: 16.03.21. Résztvevők: Kati, anya, Bence, Lajos (a gondozásba és a támogatott döntéshozásba bevont barátok) és Harangozó J. (HJ). A tervben még szerepelnek Kati más barátai és egy szociális szakember, M. Katalin, de ők nincsenek jelen.
- CÉLOK:(1)Kati és anya célja, hogy megőrizzék a jó kapcsolatot a családtagokkal (anya, testvér és az ő családja) és a barátokkal (2) Kati szeretne közelebb kerülni egy partnerkapcsolathoz, ennek érdekében nyitni új kapcsolatok felé. Jelenlegi szint 5-ös skálán 2-es, cél a ¾ a nyitás terén.
- AKADÁLYOZÓ KULCSPROBLÉMÁK: (1)Ha Kati maniform állapotba kerül, kockáztathatja a kapcsolatait. (2) A családtagok is megszenvedték a korábbi problémákat és ez is néha feszültté teszi a kommunikációjukat Kati felé (3)Nehéz nyitnia új emberek felé, talán a korábbi traumák is hozzájárultak a bizalmatlansághoz (elkerülő viselkedés)
- GONDOZÁSI TERV: (1)Traumafeldolgozás- és az önstigmatizáció csökkentését szolgáló pszichoterápia és a már tanult asszertív kommunikációs készségek gyakorlása részben anya bevonásával (a bizalom javítása, az áldozatiság elkerülése és a jó kapcsolatok fenntartása érdekében) pszichoterapeuta bevonásával. (2) Optimális gyógyszeres kezelés (pszi hiáterbevonásával). (3) A korai tünetekre való alapos odafigyelés. Krízisterv meghosszabbítása, ahol Kati megbízza Bencét és Lajost, hogy mit tehetnek, ha mániform állapotot észlelnek. (Ez a terv egyben a támogatott döntéshozatali megállapodás a gyámhivatal részvételével) (Kati, Bence és Lajos bevonásával) (4) Programok szervezése, ahol nem csak ismerősökkel találkozik (Kati és barátai közreműködésével). Készségfejlesztés a nyitottság és barátkozás érdekében (MK szociális munkás, gondozó bevonásával)
- Teljesülés várható ideje: 16.12.31.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN Edulatív családgondozás, stresszkezelés 1.



Edukatív családgondozás, amelynek keretében a gondozó szakember rendszeres családi üléseket szervez, ahol edukáció történik a stressz szerepével kapcsolatban és elmélyitik, gyakorolják a hatékony kommunikációt, a problémakezelést és más asszertív stratégiákat. Ezt stresszkezelésnek is hívjuk.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN Edulatív családgondozás, stresszkezelés 2.

- Főbb technikák:
  - Pozitív érzések, pozitív kérések és negatív érzések kifejezése (családban, csoportban is tanuljuk)
  - 6 lépéses problémamegoldás
  - Asszertív tréning (csoportban)
  - Progresszív relaxáció
- Kati és családtagjai már részt vettek ilyen családi és csoportos tréningen.Szükség lehet azonban a készség-szintű használat segítésére, ismétlésre, megerősítésekre.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN Készségfelmérés

- Katinak sok barátja van, de nehézségei vannak az ismerkedésben új emberekkel és nehezen nyit férfiak felé.
  - Az első feladat tehát a probléma elemzése (pszichoterápiás nyelven: a probléma ingerkörnyezetének meghatározása) és a készségfelmérés.
  - A gondozó maga is megfigyelheti Kati viselkedését társas helyzetben és a beszélgetésbe bevonhatják Kati barátait is. Tehát a gondozó kimozdulhat Katival valamilyen társasági helyre, és a problémaelemző beszélgetésre legjobb, ha Kati, vagy barátai lakásában kerül sor.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A problémaelemzés munkalap 1.

- 1. a probléma pontos leírása
- 2. előzményei: Katit bántalmazták a gyermekkorában és korábbi partnerkapcsolataiban is előfordult, hogy áldozattá vált. Fél az új kapcsolatoktól. Főképp akkor tud könnyen nyitni, ha felhangolt állapotba kerül.
- 3. kiváltó tényezők: Ha társaságba kerül, gyakran az jut eszébe, hogy ő nem elég vonzó másoknak a túlsúlya miatt, és emellett valahogy senkit sem érez elég szimpatikusnak. Arra gondol, jobb lesz vigyázni.. Fél az internetes kommunikációtól is, ez idegen a számára, nyugtalanítja. Nehéz titkolnia a mentális problémáját.
- 4. Következmények: Mindig valamelyik barátjával megy és kerüli az idegeneket. Elutasítja az internetes ismerkedést.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A problémaelemzés munkalap 2.

➢ 5. Módosító tényezők

- Ami javítja:

  (1) Ha felhangolt (2) Ha sok idő van megismerni egymást, pl. társasutazásnál (3) Ha alkoholt fogyaszt (4) Ha sorstárs segítőként ismerik meg egymást és nem kell titkolnia a betegségét (5) Ha egy barátja mutat be valakit

- Ami rontja:

  (1) Ha depressziós (2) Ha idegen helyre kell menni (3) Ha szórakozóhelyre megy (itt jobban szégyelli a külsejét)

A PROBLÉMA ELEMZÉSE

A PROBLÉMA (pontos meghatározása, intenzitása és/vagy gyakorisága):

ELŐZMÉNYEK RÖVIDEN:

KÖZVETLEN KIVÁLTÓ TÉNYEZŐK (Mi történik közvetlenül a probléma jelentkezése előtt? Helyszínek, szituációk, társadalmi vonatkozások, gondolatok, érzelmek, cselekedetek felsorolása.)

KÖZVETLEN KÖVETKEZMÉNYEK (Mi történik közvetlenül a probléma jelentkezése után? Milyen gondolataink és érzéseink támadnak ekkor? Mit cselekszünk mi, ill. a többiek?)

MÓDOSÍTÓ TÉNYEZŐK

a) Mely tényezők enyhítik a problémát, ill. csökkentik bekövetkezésének esélyét? (Teljes körű felsorolás szükséges!)

1. 2. 3. 4. 5. 6.

b) Mely tényezők súlyosbítják a problémát, ill. növelik bekövetkezésének esélyét?

1. 2. 3. 4. 5. 6.

A VÁLTOZTATÁST MOTIVÁLÓ TÉNYEZŐK

a) Milyen előnyökkel jár a probléma kiküszöbölése?

b) Milyen hátrányokkal jár a probléma kiküszöbölése (pl. kevesebb figyelemmel fordulnak felénk, elvárják hogy dolgozzunk vagy aktívak legyünk, újra fel kell vállalnunk régi kötelezettségeinket)?

AZ EDDIG MEGKÍSÉRELT MEGOLDÁSOK

Soroljunk fel a probléma kiküszöbölésére ezideig tett minden kísérletet (sikereseket és sikerteleneket egyaránt; a szakszerű kezelést, stb. is beleértve).

TÁMOGATÓK (Kinek a segítségére számíthatunk?)

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A problémamegoldó módszer 1.

- A problémaelemzés segít abban, hogy jobban megértsük a kliens problémáját és kirajzolódjanak a lehetséges megoldási módok.
- A készségfejlesztés során maga a kliens választja ki, hogy mit tekintene hatékony lépésnek. A tervezésnél használhatjuk a problémamegoldó módszert is.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A problémamegoldó módszer 2.

PROBLÉMÁK MEGOLDÁSA ÉS CÉLOK ELÉRÉSE

1. lépés: Miben áll a megoldandó probléma, ill. milyen célt kell elérni?

Egészen addig folytatni kell a probléma/cél megvitatását, amíg sikerül azt pontosan meghatározni, és írásba foglalni. Célirányos, tisztázó kérdések feltevésével könnyebb tisztázni a problémát. Az összetettebb problémákat/célokat több részre kell tagolni.

KATI SZERETNE MAGABIZTOSAN ÉS BIZTONSÁGBAN ÉREZVE MAGÁT ISMERKEDNI, BARÁTKOZNI ÚJ EMBEREKKEL

2. lépés: A lehetősége teljes körű számba vétele – ötletbörze ("brain storming")

Először minden ötletet jegyezzünk fel, a "rossznak" sőt "ostobának" tűnőket is! A gyűlés minden résztvevőjét rá kell bírni, hogy tegyen javaslatokat. Ebben a szakaszban NE kíséreljük meg eldönteni, hogy egy ötlet jó-e vagy sem!

1. AZ ÖNSEGÍTŐ CSOPORTBAN BESZÉLGETÉST KEZDEMÉNYEZ BÉLÁVAL ÉS ELMEGY VELE BÚTORT VÁLASZTANI
2. BENCE CSINÁL KATINAK EGY FACEBOOK OLDALT ÉS EGYÜTT KEZDENEK Fb-ozni
3. KATI ELMEGY EG TÁRSASÚTRA
4. BENCÉÉK SZERVEZNEK EGY HÁZIBULIT, AHOVÁ NEMCSAK A RÉGI BARÁTOKAT HÍVJÁK EL
5. KATI BEÍRATKOZIK EGY TÚLSÚLYOS KLUBBA, AHOL A RÉSZTVEVŐK „VÁLLALJÁK MAGUKAT"

3. lépés:Röviden vegyük sorra az egyes javaslatok legfontosabb előnyeit és hátrányait!

A javaslatokat sorra véve a csoport minden tagja mondja el, miben látja az egyes javaslatok előnyeit és hátrányait. Az elhangzottakat NE foglaljuk írásba.

4. lépés: Válasszuk ki a leginkább megvalósíthatónak tűnő javaslatot!

A meglévő eszközeinkkel (idő, képességek, eszközök, pénz) legegyszerűbben megvalósítható javaslatot válasszuk._1. ÉS 5. ÖTLETEK

5. lépés: Készítsünk pontos végrehajtási tervet!

*Tervezzük el, hogyan teremtjük elő a szükséges eszközöket! Készüljünk fel a várható zökkenők elhárítására. Ismételjük, vagy gyakoroljuk be a bonyolultlépéseket!*_A GONDOZÓVAL ÁTTEKINTIK A BARÁTKOZÁSRÓL SZÓLÓ KÉZIKÖNYVFEJEZETET ÉS KATI FELKÉSZÜL, BEGYAKOROLJA A BESZÉLGETÉS ELINDÍTÁSÁT_____

A végrehajtás felülvizsgálatának tervezett dátuma: 1 HÓNAP MÚLVA_____

6. lépés : Ellenőrizzük a terv végrehajtásának előrehaladását!

Ismerjük el társaink erőfeszítéseit. Minden egyes szakasz befejezésekor ellenőrizzük a terv megvalósulását. Szükség szerint módosítsuk a tervet, vagy próbálkozzunk más megoldással. Ne lankadjunk, amíg ki nem küszöböljük a problémát, ill. el nem érjük a célunkat.

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A készségfejlesztés 1.

1. Tervezés: Kati és a gondozó tehát áttekintik a barátkozásra vonatkozó, interaktív fejezetet a kézikönyvből és Kati kiválasztja azokat a témákat, amelyekkel belefoghat Bélával a barátkozásba.
2. Ezt követően helyzetgyakorlatban eljátssza a jelenetet a gondozó, esetleg valamelyik barátja bevonásával.
3. Majd a résztvevők visszajelzést adnak:
   - mi tetszett Kati játékában. Minden részletre figyelnek és specifikus visszajelzést adnak: pl. : nagyon tetszett, ahogyan odamentél és rámosolyogtál.
   - Utána javasolhatnak még változtatást, de sosem kritikusan: pl.: úgy érzem, még jobb lenne, ha kezet is fogna vele. Mit gondol?

PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A készségfejlesztés 2.

4. Addig ismétlik a helyzetgyakorlatot és a visszajelzést, amíg Kati nem lesz elégedett az eredménnyel.

5. Házi feladat: Valós helyzetben való gyakorlás



HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A korai figyelmeztető tünetek 1.

- Olyan „előjeleket” keresünk, amelyek a visszaesések előtt hasonló „mintázatban” ismétlődtek.
- Kati korai figyelmeztető tüneteit barátaival és édesanyjával együtt térképeztük fel. A mániás állapot előjelei:
  - Kevesebb, mint 4 óra alvás, legalább két napig (és nem is vagyok fáradt)
  - Élénkebb szineket kedvelek, szokatlanul szinesen, sok ékszert használva öltözködöm
  - Egy nap alatt több mint 1 órát telefonálok

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A korai figyelmeztető tünetek 2.

- Kati jelzi orvosának, ha korai tüneteket észlel, és gyors találkozót kezdeményez. Felhatalmazza két barátját és édesanyját, hogy ők is jelezhetik számára, ha korai tüneteket észlelnek.
- Kati vállalja, hogy korai tünetek esetén otthon marad, mert az a tapasztalata, hogy az otthonán kívül hamarabb „felpörög”.
- A hozzátartozói vállalják, hogy meglátogatják Kati korai tünetek esetében.

Állapotom súlyosbodására figyelmeztető korai tünetek:

1. _____
2. _____
3. _____

A felsorolt tünetek ***bármelyikének*** észlelésekor a következőket kell tennem:

a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

Gondozóm neve: _____Telefonszáma:
Kezelőorvosom neve: _____Telefonszáma:
Otthon értesítendő hozzátartozóm: _____Telefonszáma:
Ha bármilyen aggályom támad betegségemmel vagy gyógykezelésemmel kapcsolatban, haladéktalanul a következő személyhez kell fordulnom: Név: _Telefonszám:

HATÉKONY PSZICHOSZOCIÁLIS STRATÉGIÁK KATI GONDOZÁSÁBAN A krízisterv

- A korai figyelmeztető tünetekhez hasonlóan készíthetünk egy krízistervet is, amely a nehéz helyzetekben használható.
- Katinál sajnos volt olyan helyzet, amikor veszélybe került mániás állapotban a megtakarított pénze. Ezért került sor a támogatott döntéshozatal igénybevételére, amelynek során Kati a gondozásba bevont két jóbarátját hatalmazta fel arra, hogy súlyos helyzetben átvehetik a döntést és javasolthatják a kórházi kezelésbe vételét, akarata ellenére is. Előtte azonban mellette lesznek 24 órában és megpróbálják meggyőzni...

A TÁMOGATOTT FOGLALKOZTATÁSRÓL

SUPPORTED EMPLOYMENT SERVICES

- A „lépcsőzetes” foglalkoztatással ellentétes elven működik: a klienseket minél hamarabb és a munkaerőpiachoz minél közelebb kell juttatni. Kb. 2-szeres a hatékonysága (Burns és mtsai, Lancet. 2007 Sep 29;370(9593):1146-52.)
- A célok kitűzésésnél a kliensek vágyait is figyelembe veszi: az munka megy legjobban, amit hobbinak érzünk...
- személyre szabott út...
- Profi készségfejlesztés
- Profi menedzselés (a munkahely feltárása, érzékenyítése, follow-up)

A védett foglalkoztatási formákat azok veszik igénybe, akiknél nem sikerült a munkaerőpiaci integráció.



A GONDOZÁS DOKUMENTÁLÁSA A Monitorlap

Monitorlap

Résztvevők: [illegible] + [illegible]
Időpont: 16/09/'08
Időtartam: 100 perc

1. Kulcstünetek: jobban van / változatlan / romlottak

Ha a tünetek romlottak, kríziskezelés indokolt, problémamegoldó lap mellékelendő!

2. Korai figyelmeztető tünetek: nem / igen

Ha a korai figyelmeztető tünetek fennállnak, kríziskezelés indokolt, problémamegoldó lap mellékelendő!

3. Gyógyszerszedés: rendben /nem pontos szedés / nem szedi

[illegible]

Mellékhatások:

Ha a gyógyszeres kezelést abbahagyta, vagy komoly mellékhatások keletkeztek, kríziskezelés indokolt, problémamegoldó lap mellékelendő!

4. A gondozási célok monitorozása:
(osztályozás 1-5-ig) nem történt változás

I. [illegible] [illegible] [illegible]

Búcsúzóul: KATI NYILATKOZATA A KÖZÖSSÉGI PSZICHIÁTRIÁRÓL

„Megjártam a poklok poklát, forgóajtós beteg voltam. Régebben kilátástalan helyzetnek éreztem ezt. A közösségi ellátás rendszerében kb. 1 év volt, amikor rájöttem, ez mit jelent. Bevonták a családot, felmérték az igényeinket. Szeretnék tanulni, szeretnék dolgokat elérni az életemben. Mellérendelt kapcsolatba kerültem a segítőimmel. A pszichológustól sok segítséget kaptam, éreztem a teamet magam mellett. Most is vannak tüneteim, de most nem félek. Tudok bánni a problémáimmal. Pszichoedukáció, asszertív tréning, minden eszközt megkaptam ehhez. Tanítanak minket.”



Rehabilitáció a szenvedélybetegségben érintett személyek ellátásában

Összefoglalás: A szenvedélybetegség egy krónikus, hosszú ideig tartó betegség, csakúgy, mint a cukorbetegség. Ez a jelenlegitől, mind hozzállásban, mind szervezeti felépítésében eltérő szakellátást és sorstárs segítést igényel. Olyat, amely egy életen át tart és nem kizárólag kórházi termekben, hanem hétköznapi közösségekben valósul meg.

Cél: A szenvedélybetegség egy új, a közösség szerepére is koncentráló megközelítésének bemutatása különböző modelleken és gyakorlatokon keresztül.

Kulcsszavak: szenvedélybetegség, absztinencia, sorstárs, felépülés, motiváció

Tanulást segítő kérdések:
Hogyan védelmezhet a család a szenvedélybetegség kialakulásától?
Miben különböznek a felépülés eltérő megközelítései?
Mit érdemes feltérképezni egy szenvedélybeteggel való első találkozáskor?
Hogyan segíthetjük a változásra való motivációt?

Szenvedélybetegeség a családban, a család szerepe a szenvedélybetegségekben

Nehéz különválasztani a túlzott mértékű szerhasználat következményeit és a függőség biológiai hatásait.

Az emberi kapcsolatok és más fontos életterületek romlása vagy megrekedése, a szerhasználat súlyosbodása vagy stagnálása jól jelezheti, hogy a családnak szakember segítségére lehet szüksége.

A szerhasználat kialakulásában és a felépülés segítésében is fontos szerepe lehet a családnak.

-A család reális felelősség és túlzott kockázatvállalásra is ösztönözhet

-A családtagok szerhasználati szokásai példa értékűek

-A józanság is lehet modell értékű, de a problémamegoldó szerhasználat is (egy jó pálinka mindent meggyógyít, rágyújtok mert ideges vagyok)

-A családtagok kapcsolatának minősége (elfogadás, megértés, szeretet) befolyásolhatja a szerhasználat jellemzőit

Szenvedélybetegeség a családban, a család szerepe a szenvedélybetegségekben

A család erőforrást nyújthat a felépüléshez, de a felépülés nem csak az egyén feladata, a családtagoknak és a családnak, mint önálló egységnek is változnia kell a sikeres felépülléshez.

A felépülés során az egyénnek új énképet, kapcsolatokat és viselkedést kell kialakítania. Ez gyakran együtt jár a családi kapcsolatok megváltozásával és addig nem látott problémák felbukkanásával. Emiatt a családtagoknak is fel kell ismerniük saját hibáikat és nyitottnak kell lenniük arra, hogy végig menjenek azon a folyamaton amin a felépülő.

A támogató, ítélkezés mentes, a célok elérésére fókuszáló, a józanság értékét hitelesen képviselő család azonban valószínűsíti a szerhasználat csökkenését. (Kelly et al., 2011)

A Különböző felépülési modellek

Beteg,
szenvedélybeteg,
nem motivált,
nem együttműködő,
adherencia,
complaince,
gyógyszer,
kezelési terv,
relapszus

Milyen melléknevek, jelzők jutnak az eszükbe?
Milyen embert írnak le ezek a szavak?
Milyen ember jelenik meg önök előtt? Képzeljék el és foglaljuk össze.

A Különböző felépülési modellek

A felépülés kifejezés eredeti jelentése: visszaszerezni, megmenteni
Vagyis egy korábbi, jobb élethelyzetbe való visszatérésre utal. Tehát, mindaddig, amíg a kliensnek voltak tünetei, nem számított felépülőnek. (Knupp Jr. 2013, idézi: Merriam-Webster, 1991).

A 20-as, 30-as évek kritikái az ellátással szemben:

-1, A kliens tüneteinek kezelése és a felépülőt körülvevő környezet megváltoztatása egyenlően fontosak. (Mental Health Comission, 2011, idézi: Tuke. 1813).

-2, A szenvedélybetegség egy krónikus, élethosszig tartó, gyógyíthatatlan betegség, csakúgy, mint a cukorbetegség. Emiatt a felépülés, a szakellátás vagy a sorstárs segítés is egy életen át tarthat

-3, A legtöbb terápia pár hétig, maximum hónapokig tart. Mivel a visszaesés a felépülési folyamat része, sok felépülő körbe-körbe jár az egészségügyi rendszerben

A felépülés itt már nem csak a teljes szermentesség elérését, hanem egy új élet kialakítását is jelentette. (Kelly, Magill és Stout, 2009).

A 12 lépéses Minnesota modell

-Teljes szermentesség (absztinencia) a cél

-A jelenséget betegségként írja le

-A teljes élet elérhető, de a gyógyulás nem

Története: A szenvedélybeteget általában magatehetetlen, a társadalomra és családjára káros egyénként írják le.

Ezt a megközelítést szerették volna lecserélni a betegségtől szenvedő, segítséget, támogatást és szeretet érdemlő ember képére.

A William G. Wilson által közzétett tizenkét lépéses program ezt az új emberképet akarta erősíteni. Az első intézményt, amely a 12 lépést alkalmazta, négy A.A tag (anonim alkoholista csoport) alapította a Minesota állami Hazeldenben.

A 12 lépéses Minnesota modell

A modell filozófiája:

1, Hit abban, hogy a szerhasználattal kapcsolatos gondolatok, elvárások és a viselkedés megváltoztatható. A változás hiteles képviselete reményt ad a változás előtt állóknak.

2, A függőség egy betegség. Egyes személyek a drogok hatására érzékenyebbek. A függőség több rétegű, fizikai, pszichológiai, társas és spirituális aspektusai is vannak. A betegség egyik fő jellemzője a kontroll képességének sérülése. Ennek következménye a mértéktelen szer fogyasztás. A függőség krónikus, romló tendenciát mutató, gyakran halálos kimenetelű betegség. A függőség nem egy más probléma következménye, hanem önálló betegség.

3, A kezelés célja az absztinencia elérése és az életstílus megváltoztatása. Az absztinencia önmagában nem biztos, hogy elégséges. Új és tartalmas élet kialakítása is fontos. A függőség kezelhető de nem gyógyítható.

4, A felépülőnek 12 lépesen kell átmennie. A lépések fontos eleme a hit, a spiritualitás, a társas kapcsolatok átalakítása és a sorstársak segítése.

A program általában egy bentlakásos intézménybe való felvétellel kezdődik ahol a felépülő 3-8 hétig, egyes kezelőhelyek esetén akár több hónapig tartózkodik.

A 12 lépéses Minnesota modell

A kezelés elemei:

1. Csoportterápia: A függő személy érzelmileg éretlen, ezért nehezen alakít ki tartalmas kapcsolatokat másokkal. A csoport egy olyan közeget nyújt ahol a felépülő megtapasztalhatja az őszinte kapcsolódás okozta pozitív érzelmeket. A csoport nem a múlt megértésére törekszik, hanem arra, hogy motiválja a felépülőt új minőségű kapcsolatok kialakítására.

2, Előadások: A 12 lépés megismertetése, személyes történetek, a betegség jellemzői, a megküzdés technikái.

3, Sorstársak mint tanácsadók: Minden felépülőt egy mentor támogat aki maga is felépülő. A mentorság feltétele, hogy a segítő két éve józan életet éljen.

4, Multiprofesszionális személyzet: A kezelői team több szakterület képviselőiből áll, pap, orvos, pszichológus, szociális munkás is a kezelői team része.

A 12 lépéses Minnesota modell

5, Terápiás közösség: A felépülés közösségben zajlik, a felépülő a közösség egyenrangú tagja. Mindenki részt vesz a közösségért végzett munkában.

6, Munkamegosztás: A napirend általában strukturált és minél több féle csoportot és foglalkozást tartalmaz (megbeszélések, edukációs csoport, egyéni tanácsadás, csoportterápia, élettörténetek, vallásgyakorlás).

7, Családi tanácsadás: A függőség egy családi betegség. A családtagok gyakran cinkosak abban, hogy korábban tagadták vagy csökkentették a függőség jelentőségét, esetleg ellenálltak a változásnak. Emiatt gyakori, hogy a felépülőnek és a családtagoknak nagy megbocsátással kell, hogy egymás felé forduljanak és nyitottnak kell lenniük a korábbi viselkedésük megváltoztatására.

8, 12 lépéses program: A felépülő motiválása a lépések megtételére.

A 12 lépéses Minnesota modell

9, Olvasó csoportok: Az A.A és az N.A lépéseinek és hagyományainak olvasása.

10, Élettörténet: A saját életút és a függőség írásban történő rögzítése.

11, A.A és N.A csoportok látogatása: Sorstárs csoportokon való részvétel.

12. Kikapcsolódás: A felépülés fontos eleme, hogy új örömteli cselekedetekbe kezdjen a függő pl: testmozgás, túrázás, festés és más kreatív hobbik.

Az intézeti elbocsátás után javasolják az utógondozásban való részvételt, ami leggyakrabban A.A és N.A csoportok rendszeres látogatását jelenti.

Ezeket a csoportokat sorstársak alkotják, akik megosztják egymással a tapasztalataikat és támogatják egymást a felépülésben. A tagság feltétele nem az absztinencia hanem az absztinenciára törekvés vágya (C.C. Cook British Journal of Addiction című folyóiratban 1988).

A 12 lépéses Minnesota modell

Az Anonim Alkoholisták 12 Lépése

1. Beismertük, hogy tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben – hogy életünk irányíthatatlanná vált.
2. Eljutottunk arra a hitre, hogy egy nálunk hatalmasabb Erő helyreállíthatja lelki egészségünket.

3. Elhatároztuk, hogy akaratunkat és életünket a saját felfogásunk szerinti Isten gondviselésére bízzuk.
4. Félelem nélkül mélyreható erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.

5. Beismertük Istennek, magunknak és egy embertársunknak hibáink valódi természetét.
6. Teljességgel készen álltunk arra, hogy Isten megszabadítson bennünket mindezektől a jellemhibáktól.

8. Listát készítettünk mindazokról, akiknek valaha kárára voltunk, és hajlandóvá váltunk mindnyájuknak jóvátételt nyújtani.
9. Közvetlen jóvátételt nyújtottunk nekik, ahol lehetséges volt, kivéve, ha ez sérelmes lett volna rájuk, vagy másokra nézve.

10. Folytattuk a személyes leltár készítését, és haladéktalanul beismertük, amikor hibáztunk.
11. Igyekeztünk ima és meditáció útján elmélyíteni tudatos kapcsolatunkat a saját felfogásunk szerinti Istennel, csak azért imádkoztunk, hogy felismerjük velünk kapcsolatos akaratát, és hogy legyen erőnk a teljesítéséhez.

12. E lépések eredményeként spirituális ébredést éltünk át, megpróbáltuk ezt az üzenetet alkoholistákhoz eljuttatni, és ezeket az elveket életünk minden dolgában érvényre juttatni.

A 12 lépéses Minnesota modell

Az Anonim Alkoholisták 12 Hagyománya

1. Közös boldogulásunk álljon az első helyen, személyes felépülésünk az A.A. egységétől függ.
2. Csoportügyekben egyetlen abszolút tekintély létezik – egy szerető Isten –, aki csoporttudatunkban megnyilvánulhat. Vezetőink csupán bizalmunkat élvező szolgálattevők, nem pedig irányítók.

3. Az A.A.-tagság egyetlen feltétele az ivással való felhagyás vágya.
4. Legyen minden csoport független, kivéve azokat az ügyeket, amelyek más csoportokat, vagy az A.A. egészét érintik.

5. Minden csoport egyetlen, elsődleges célja az, hogy eljuttassa üzenetét a még szenvedő alkoholistához.
6. Egy A.A.-csoport soha ne adja pénzét, nevét vagy támogatását semmilyen kapcsolódó intézménynek vagy külső vállalkozásnak, nehogy a pénzzel, tulajdonnal és presztízzsel kapcsolatos problémák eltérítsék elsődleges céljától.

7. Minden A.A.-csoport legyen teljesen önfenntartó, hárítsa el a külső hozzájárulásokat.
8. Az Anonim Alkoholisták Közössége maradjon mindig nemhivatásos, bár szolgálati központjaink alkalmazhatnak hivatásos szakembereket.

9. Az A.A. maga soha ne szerveződjék, de alakíthatunk szolgálati testületeket vagy bizottságokat, amelyek közvetlen felelősséggel tartoznak azoknak, akiket szolgálnak.
10. Az Anonim Alkoholisták Közösségének nincs véleménye külső ügyekről, ezért az A.A. név soha ne legyen bevonható nyilvános vitába.

11. A nyilvánossághoz való viszonyunk alapja elsősorban a vonzerő, nem a reklám. Személyes névtelenségünket mindig meg kell őriznünk a sajtóban, a rádióban és a filmekben.
12. Hagyományaink spirituális alapja, a névtelenség mindig emlékeztet bennünket arra, hogy az elvek előbbre valók az egyes személyeknél. (http://www.anonimalkoholistak.hu/hu/mi_az_aa)

A Portage Modell

-Teljes szermentesség (absztinencia) a cél

-A jelenséget betegségként írja le

-A teljes élet elérhető, de a gyógyulás nem

+ Erősen építkezik a poizitív pszichológiából:Nagyobb hangsúly az egyéni képességek fejlesztésén,

+ A felépülő előre meghatározott úton megy végig a terápiában. Az előrehaladást a közösség és a felépülő együtt hagyja jóvá

A Portage Modell

Története: A kanadai Portage modell 1970-ben született, néhány helyi lakos munkája által. Mára több országban működik a modell alapján szerveződő terápiás közösség, Magyarországon 2000-ben került sor az első képzésre.

A terápia struktúrája:

1. Állapotfelmérés: a fontos életterületek értékelése a bekerülésnek megfelelő állapotban

2. Bentlakásos kezelés: beilleszkedés a terápiás közösségbe, új képességek lépcsőzetes elsajátítása

3. Beilleszkedés a társadalomba és utánkövetés: A felépülés nem ér véget az új képességek terápiás közegben történő tanulásával, azok gyakorlatba ültetése ugyanolyan fontos, a közösség tovább segíti a tagokat.

A Portage Modell

A felépülés 6 lépcsőfokból áll:

Az első három szint a meglévő és a szükséges új képességek (kompetenciák) azonosítására és a függőség kialakulásának okaira koncentrál.

A következő három lépésben a felépülő egyre több felelősséggel járó feladatot kap a terápiás közösség életében, cél, hogy végül mások mentorává váljon és önállóan irányítsa életét.

A felépülő csak a közösség és a személyes segítője jóváhagyásával léphet a következő szintre.

A Portage Modell

A felépülés attitűdje, elemei:

1, A közösség támogatásának a saját életünk feletti kontroll visszaszerzésében rendkívül fontos szerepe van. A közösség ösztönző erőt ad a nehézségekkel való szembenézéshez és önfejlesztéshez.

2, A kezelési terv egy, a felépülő és személyes segítője által közösen alkotott jövőre vonatkozó elképzelés. Azt sűríti, hogy a kliens az élete mely területein, milyen változásokat szeretne elérni és ehhez milyen konkrét, reálisan megvalósítható tettek szükségesek.

3, A program erősen koncentrál különböző, jól meghatározott kompetenciák mindennapos fejlesztésére, amelyek a kezelési tervben meghatározott célok elérését és az akadályok leküzdését segítik.

4, A terápia fontos része a különböző tevékenységékben való részvétel, az önismereti és az önbizalom növelő önismereti kérdőívek és feladatok használata. A kezelési terv általában a következő életterületekre vonatkozik: Szerhasználat, fizikai és lelki egészség, a személyes kapcsolatok minősége, társas készségek, személyes fejlődés és önismeret, szülői készségek, társadalomba való beilleszkedés, munkavállalás.

A segítő folyamat tehát egy zárt, hierarchikusan felépülő közösségben kezdődik meg. A közösség segít felismerni a felépülőnek, hogy mely életterületeken kell változást elérni, továbbá segítséget nyújt, hogy a felépülő az ehhez szükséges új képességekre tegyen szert, majd a terápiás közösségen kívül is segítséget nyújt abban, hogy a meglévő és az új képességeit tudatosan használja a társadalomban.
(Molnár, 2012)

A brit Felépülés-Központú modell

-A jelenséget betegségként írja le
-A teljes élet elérhető, de a gyógyulás nem

De:
1, A szenvedélybeteg élhet teljes életet a szenvedélye megmaradásával. A visszaesés a felépülés része. Egy táplálkozási zavarral élő személytől sem várjuk el, hogy tartózkodjon az evéstől, nem is lehetséges.

2, A szenvedélybeteg sokszor magatehetetlen, a saját életéért harcolni képtelen személyként jelenik meg. A modell a hiányok és kontroll elvesztésének elfogadása helyett a reményre és képességekre koncentrál. Az egyedülálló, hatékony emberképet igyekszik erősíteni.

3, A felépülés nem egy lépcsőzetes folyamat, nem lehet előre megállapítani, hogy pontosan milyen képességeket kell elsajátítani ahhoz, hogy a felépülő változni tudjon. Ahány ember, annyiféle felépülés létezik. A felépülés az önmagunkról alkotott képünk folyamatos, krízisről-krízisre történő újraértelmezése. A folyamatban nincs előrehaladás, inkább a folyamatos változás fontosságát hangoztatja.

4, A felépülés nem csak az egyén és a közeli közössége, hanem a társadalom szintjén kell, hogy megtörténjen. A szenvedélybetegséggel kapcsolatos társadalmi stigmák ledöntése nagyobb hangsúlyt kap ebben a mozgalomban. Az egész társadalmunk felelőssége, hogy olyan környezetet alkossunk magunknak, amikben az egyének épülni tudnak. Emiatt az ellátásban is hangsúlyozza a hierarchia csökkentését, a szakember és a felépülő egyenlő felekként történő kezelését. Mental Health Commission of New Zealand, 2011, idézi: Oliver, 1990).

A brit Felépülés-Központú modell

A felépülés-központú modell jellemzői:

- reményre, erősségekre és lehetőségekre fókuszál, valamint arra irányuló nyelvezetet használ
- autonómiára és önrendelkezésre bátorít
- a társadalommal szemben is támogatja a felépülő részvételét saját érdekérvényesítésében
- támogatja a felépülőt érdeklődésében, hogy megbecsült társadalmi szerepet vállalhasson.
- személyre szabott és a spiritualitást is magába foglaló segítségnyújtásra törekszik
- a segítség és a kezelési lehetőségek széles tárházát biztosítja,
- bevonja a felépülőt és a számára fontos személyeket az ellátás szervezésébe és kiértékelésébe
- segíti a különböző közösségek közti kapcsolatok létrejöttét,
- elfogadja a sokszínűséget
- elkötelezett az önreflexió és a tanulás iránti (Department of Health, 2011, 5. old; O'Connel és mtsai. (2005, 3.old)

A felépülés azt az utat jelenti, amely során a kliens új önismeretet szerez, új énképet alakít ki magáról, új és építő jellegű emberi kapcsolatokba, hobbikba és tevékenységekbe kezd, és aktívan tesz azért, hogy az őt körülvevő környezet megváltozzon. Mindehhez nem szükséges, hogy a tünetek végérvényesen megszűnjenek. Sok pszichiátriai probléma egy életen át feladattal látja egy a felépülőket, a szenvedélybetegséggel küzdők nagyrésze többször újra használni kezd és a fogyatékkal élő személyek sem képesek végérvényesen megváltoztatni helyzetüket, azonban ez nem jelenti azt, hogy ne élhetnének teljes életet, tüneteik meglétével együtt. (Frese, Stanley, Kress és Vogel-Scibilia, 2001).

Közösségi szenvedélybeteg ellátás

A közösségi szenvedélybeteg ellátás és a brit-Felépülés központú modell között nagy az átfedés:

- Az ellátás alapja a kliens igényei a teljes élet eléréséhez. Vagyis a felépülő aktuális állapotából (motiváltság, személyes célok, erőforrások) indul ki és ahhoz alkalmazkodik.

- Mind a két modell hangsúlyozza, hogy a felépülés terepe a személy közvetlen élettere és a számára elérhető segítség összessége.

- Mind a két modell törekszik arra, hogy a családot és az elérhető összes erőforrást bevonja a kezelésbe, valamint támogatja a kezelésből kieső felépülők közvetlen, életterükön való felkeresését és a kezelésben való részvételre való motiválását.

A közösségi addiktológia azonban több ponton máshová helyezi a hangsúlyt, mint a brit modell.

Közösségi szenvedélybeteg ellátás

A legerősebb elem a megközelítésben a rehabilitációs szemlélet. A közösségi szenvedélybeteg ellátásban a szenvedélybetegséggel küzdő egyén, hasonlóan jelenik meg, mint egy bármely más korlátozó állapottól szenvedő személy (pl: mozgáskorlátozottság). A szenvedélybetegség megfosztja az egyént attól, hogy örömteli élet céljaiért tudjon küzdeni. Ebben az értelemben, fogyatékossá vált.

A közösségi addiktológia a személyes célok elérésének akadályait próbálja kezelni.

A rehabilitáció célja nem egyedül a tünetmentesség elérése, az absztinencia egy eszköz arra, hogy a felépülő elérje a számára fontos célokat. A rehabilitáció célja az optimális életminőség, az örömteli, közösségi, szociális élet elérése, miközben az egyén fenntartja józanságát.

A rehabilitáció tere a felépülő otthona és közeli élettere, annak érdekében, hogy a kliens a felépülése során is a társadalom és a közössége aktív és teljes jogú tagja maradjon. Emiatt az ellátás törekszik minden elérhető erőforrás (közösségi szolgáltatások, hozzátartozók, önsegítők, civil szervezetek, egyházi intézmények, háziorvos, pszichiáter, illetve az addiktológus) bevonására. Ebben a szemléletben a kocsmáros is az ellátás része lehet, ő az aki elsőként tudja jelezni a kezelői team felé a visszaesést.

A közösségi szenvedélybeteg ellátásban a kliens nem csak a betegségtől szenvedő személy, hanem annak családja és élettere. A családtagok szükségleteit és nehézségeit is figyelembe veszi és az egyének problémáit a család közös problémájaként kezeli.

Közösségi szenvedélybeteg ellátás

A közösségi szenvedélybeteg ellátás a következő módszereket használja:

- Szűrés és korai felismerés
- Motivációfokozás

- A Rövid intervenció
- A gondozási és a rehabilitációs terv megalkotása

- Pszichoedukáció
- Készségfejlesztés

- Stresszkezelés, problémaelemzés, problémamegoldás
- Alternatív életstílus kialakítása, életviteli készségek

- Támogatott munkarehabilitáció
- Relapszusprevenciós célú intervenciók

(Ébredések Alapítvány, 2014)

Vita

1. szituáció: Két fiatal beszélget egy kocsmában:

-Figyelj, hozok egy sört mielőtt belemelegedünk jó?

-Hát az van, hogy ez egy ilyen száraz szórakozóhely

- Hogy mi? Az meg mit jelent?

- Itt nem lehet alkoholt kapni

- Ugye most csak viccelsz? El rángatsz erre az alternatív előadásra péntek este, aztán meg ez?

Na figyelj menjünk innen jó

-Direkt olyan helyre akartam jönni ahol nincs alkohol.

-Péntek este van, szét dolgoztam magam, otthon is gondok vannak, ezt vártam, hogy dumáljunk és megigyunk egy sört.

-Te is tudod, hogy mindig azt mondjuk, hogy egy sört aztán meg részeg csatangolás lesz belőle.

-Figyelj tényleg csak egyet, hogy jobban dumáljunk, na menjünk

-Szerintem így jobb, nem iszunk és kész

-Tényleg csak egyet, ha kibírod, hogy egyáltalán nem iszol, akkor azt is meg tudod csinálni, hogy egy után megállsz.

Állítás: Csak egyet inni nehezebb mint egyet sem.

Vita

2. Szituáció: Egy monológot mond a gyakorlatvezető: Tél volt. Átfagyva sétáltam hazafelé annak ellenére, hogy a szüleim megmondták, hogy oda be nem tehetem a lábam, ameddig abba nem hagyom a cuccozást. Próbáltam minél szánalmasabban kinézni, ami nem volt nehéz, mert egy szétázott, lyukas nadrág és 4 pulcsi volt rajtam, mindegyik elég retkes. Azért akartam hazamenni, hogy egy kicsit a melegben legyek, talán, hogy ehessek valami meleg kaját. Az ajtó előtt állva elkapott valami furcsa idegesség. Becsengettem. Anyám nyitott ajtót. Elég leharcoltnak és szomorúnak tűnt. Elmondtam neki mit akarok. Ő erre annyit mondott, hogy tudod mi a megállapodás, nem engedhetlek be, itt a testvéred is. Adott egy tízezrest el elküldött.

Állítás: Egy szülőnek mindig segítenie kell.

Kommunikáció szenvedélybeteg személyekkel: Kapcsolatfelvétel ,kapcsolat kialakítás

Mit tartsunk észben:

-A szenvedélybetegség az előítéletek és a kriminalizáltság miatt egy rejtőzködő jelenség

-A szenvedélyek irányítása, vagy a szerről való lemondás gyakran egy életen át tartó folyamat, amely sok változást igényel a klienstől. Az örömforrásaink tudatos irányítása az egyik legnehezebb emberi feladat.

Képzelje csak el, hogy elhatározta, hogy minden reggel fél órával korábban kel fel, azért, hogy egy rövid testmozgással kezdje a napot. Logikusan hangzik, azonban a legtöbbünk nem jut el sem az elhatározásig, vagy ha igen, az első reggel inkább a hosszabb alvást választja. Vagyis minden viselkedésváltoztatás nehéz, ezért a motivációt az egészséges józan élet iránt mindig fenn kell tartani.

Kapcsolatfelvétel ,kapcsolat kialakítás

Elérhető szolgáltatások:

Alacsonyküszöbű programok (az első ajtó): Anonimitást garantálnak, nagyon kevés feltételnek kell megfelelni a részvételhez. Általában nem a szerhasználat megszüntetése a célja, hanem a kapcsolatfelvétel és az ártalomcsökkentés (tűcsere, party sevice)

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások mellett az önsegítő csoportok is végeznek megkereső munkát. Ilyenkor, jellemzően kórházi ellátáson belül (pszichiátriai osztályok, addiktológiai osztályok) veszik fel a kapcsolatot a kliensekkel. Itt már kifejezett cél a kliensek változásra való motiválása.

Határterület az alacsonyküszöbű szolgáltatások és motivációt elősegíteni kívánó szolgáltatások között az on-line konzultáció. Ezek jellemzően alapítványok honlapján keresztül elérhető levelező vagy chat felületek. Az on-line konzultáció általában anonim szolgáltatás és bárki igénybe veheti. A szakemberekkel történő levelezés azonban már magába foglalja a motiváció felkeltésének lehetőségét is.

Járóbeteg ellátás, detoxifikáció, intézményes bentfekvő ellátás, rehabilitáció

Kapcsolatfelvétel ,kapcsolat kialakítás

Bármilyen ellátáson belül is történik a kapcsolatfelvétel, a segítő kapcsolatokban leginkább a segítő személy, vagyis a saját attitüdünk az, amelyet tudatosan alkalmazhatunk a mély és őszinte kapcsolat kialakítására.

1, empátiás megértés (együttérzés, a kliens világának megérzése). Ez azt jelenti, hogy a segítő arra törekszik, hogy a kliensre figyeljen, hogy az ő érzéseit értse meg.

2, A kliens elfogadása azt jelenti, hogy a felépülő érzelmeit fogadjuk el, azonban nem jelenti azt, hogy tetteit helyeseljük.

3, A hitelesség, vagyis kongruencia. Ez azt takarja, hogy a segítő nem mond mást mint amit érez. A segítő őszinte, képes kifejezni saját érzéseit is, de képes arra, hogy megkülönböztesse saját és a felépülő érzéseit, továbbá ellenáll a kísértésnek, hogy önmagával foglalkozzon, helyette arra törekszik, hogy a felépülő érzéseire koncentráljon

Gyakorlat

Kliens:

30 éves. Erélyes, ingerült állapotban jelentkezik a kezelőhelyen. Az elmúlt 10 évben többször járt már rehabilitáción, kórházban is kezelték az alkohol használatát. Az élete során többször tartott már 1-2 hónapig tartó absztinenciát de vagy munkahelyi vagy családi konfliktus miatt mindig visszaesett. Elvált, 2 gyermeke van. Jól fizető munkája van. Szülei már nem élnek. Apja fizikailag bántalmazta, édesanyja 1 éves korában elhagyta a családot. Testvére nincs. Járt korábban A.A sorstárs csoportba de makacs, türelmetlen és nehezen megnyíló embernek tartja magát ezért azt szeretné ha most azonnal leülne vele valaki beszélni mert szeretne minél előbb kórházba menni. Jelenleg egyedül lakik egy kis albérletben. Számláit rendszertelenül fizeti ezért tartozásai vannak. Indulatossága miatt garázdaság miatt emeltek ellene vádat.

A motivációs interjú fontossága

Örömforrásaink tudatos szabályozása az egyik legnehezebb emberi feladat. A változás mindig nehéz, a motiváció
segítésse kulcsfontosságú

A Prochaska és Di Clemente modell szerint a felépülő 7 fázis között mozog.
1, a kliens nem szeretne változni
2, bizonytalan abban, hogy változni szeretne
3, gondolatban igen, de érzelmeiben kevésbé elszánt a változásra
4, megkezdi a változást, aktívan tesz a változásért
5, fenntartja a bevezetett változásokat
6, visszaesés, újbóli szerhasználat
7, a változás újra stabil, hosszú időn át megtartja azt (Prochaska - Di Clemente 2009).

A felépülés valójában új önismeret, új szokások és új minőségű kapcsolatok kialakítását jelenti. A kliens motivációjának segítésére az egyik leggyakrabban használt módszer a motivációs interjú.

A technikát Miller és Rollnick (Miller - Rollnick 1991). Főképp az 1-2 fázis esetén használják. A motivációs interjúban kifejezzük a kliens jogát arra, hogy változtasson az életén, azonban annak személyes felelősségét is hangsúlyozzuk.

A motivációs interjú fontossága

A motivációs interjú elemei:

1, **Empátia**: A kliens szerhasználatát és az általa említett okokat elfogadjuk, de ez nem jelenti azt, hogy egyetértünk vele. Fontos kifejezni, hogy átérezzük mennyire nehéz lehet számára a változás.

2, **Belső ellentét kialakítása:** Az elérendő célok és a jelenlegi magatartás egymással ütközik, ezt az ütközést szeretnénk kihangosítani. Emellett azt is, hogy a felépülő nem egyenlő a szerhasználattal, ő jóval több annál.

3, **Szerhasználattal kapcsolatos bizonytalanság erősítés:** Szinte minden szenvedélybeteg megpróbálta már csökkenteni a használt szer mennyiségét, vagy megpróbált már józan maradni, ez azt is jelenti, hogy a szerhasználat előnyei és hátrányai ütköznek egymással a kliens gondolkodásában is. A motivációs interjú célja, hogy megerősítse a szerhasználat abbahagyása mellett szóló érveket.

4, **Konfrontáció elkerülése:** A vita inkább növeli az ellenállást és így a szerhasználat mellett szóló érveket erősítheti.

5, **A kliens kísérése:** Ha ellenállással, vitával találkozunk váltsunk módszert és inkább az együttérzésre koncentráljunk.

6, **Változás képességének erősítés:** A pozitív támogató hozzáállás segíti a kliensben a remény feléledését.

A motivációs interjú fontossága

A motivációs interjú attitűdjei:

A motivációs interjú során **kerüljük a direkt kinyilatkoztatásokat.**

Igyekezzük inkább megértőek lenni, **nyitott kérdések**et feltenni, megerősíteni az előremutató elképzeléseket.

Hasznos lehet a kliens érzéseinek **visszatükrözése** az általa elmondottak **összefoglalás**a. Kifejezetten a probléma elfogadására, a szerhasználattal kapcsolatos aggodalmakra, a változás vágyára fókuszáló kijelentések esetén. Ezáltal a változás mellett elhangzó érveket erősíthetjük meg.

Amennyiben a kliens nem tűnik motiválhatónak, jó módszer lehet az állapotfelmérésben tapasztaltak visszatükrözése (egészségügyi problémák, büntető ügyek, társas kapcsolatok megromlása) és a szerhasználat ártalmairól való **tájékoztatás (pszichoedukáció)**.

Minden viselkedés változtatás nehéz ezért a felépülés során végig fontos a kellő motiváció fenntartása azonban szerhasználók esetében gyakori a probléma tagadása és a motiváció időszakos felbukkanása és gyors eltűnése. valamint ezen állapotok váltakozása. A motiváció ilyen váltakozása a felépülés része ezért nem érdemes lemondani az éppen motiválatlan kliensről, ekkor a motiváció újbóli felkeltése, kell, hogy a célunk legyen

Gyakorlat

Kliens:

23 éves, egyetemista hallgató. Azért jelentkezett ellátásba mert barátnője folyamatosan kérlelte erre. Sok konfliktusuk volt amiatt, hogy a párát zavarja, hogy a kliens minden este fű szívása után tud csak aludni. Tanulmányaiban sikeres, azonban sokszor kialvatlan és motiválatlan az utóbbi időben. Rendszeresen jár edzeni és futni. Zavarja, hogy a tüdeje nem működik úgy, mint korábban. Szeretne jobb eredményeket elérni az edzésben. Zavarja, hogy titkolózik a családja előtt és nagyon fárasztja a barátnőjével való vitatkozás.

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

4. nap

Állapotfelmérés és útmutató a fejlesztési/gondozási tervek elkészítéséhez

Az esetmunka lépései
Kapcsolatfelvétel a klienssel

A kliensek elérési módjai:

- alacsonyküszöbő tevékenység
- korai kezelésbevétel

Kapcsolatteremtés, bizalom kialakítása

- a kliens állapotának elfogadása
- segítők érzékenyítése a témában
- kliensekkel beszélgetni, történeteiket meghallgatni

Motivációs interjú

A terapeuta/konzultáns motiváltnak látja a kliensét:

- egyetért a konzultánssal
- elfogadja a konzultáns diagnózisát
- kifejezi, hogy segítségre van szüksége
- láthatóan aggódik az állapota miatt
- követi a konzultáns tanácsait

Motivációs interjú

A kliens motiválatlan, tagadásban vagy ellenállásban van:

- nem ért egyet a konzultánssal
- nem fogadja el a konzultáns diagnózisát vagy értékelését
- nem kér segítséget
- nem aggódik az állapota miatt
- nem követi a konzultáns tanácsait

A motivációs interjú 5 alapeleme:

1. Empátia kifejezése
2. Diszkrepancia kialakítása
3. Vitatkozás elkerülése
4. Játék az ellenállással
5. Változtatás képességének támogatása

Rövid intervenciós módszerek - FRAMES

- F: feedback – visszajelzés az állapotfelmérés eredményei alapján,
- R: responsibility – a kliens felelősségének hangsúlyozása, a változásra történő elköteleződése rendkívül fontos.
- A: advice – tanács, ami konkrét és egyértelmű: „hagyja abba az ivást” vagy csökkentse azt.
- M: - menu – különböző alternatívák felajánlása a célokban és eszközökben, pl.: önsegítő csoport, szakrendelés, gyógyszeres terápia.
- E: empathy – a megértés kifejezése, empátiás légkör teremtése,
- S: self efficacy – hatékonyság, mind a kliens, mind a szakember bízik a változásban

Állapotfelmérés: A fogyatékossággal élő személyeknél alkalmazott alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés bemutatása

A Szoctv. 70. §. (5) bekezdése alapján *“A nagykorú fogyatékos személy fogyatékos személyek otthonában történő elhelyezésének feltétele a benyújtott orvosi dokumentáció felhasználásával lefolytatott alapvizsgálat elvégzése.*
(5a) A fogyatékos személyek bentlakásos intézményének vezetője az alapvizsgálat elvégzésének kezdeményezésével egyidejűleg a komplex szükségletfelmérést is elvégzi, és tájékoztatja az ellátást igénylőt a támogatott lakhatás igénybevételének lehetőségéről.”

A 113.§. szerint “*A külön jogszabályban meghatározott felülvizsgálaton vesznek részt*

a) a fogyatékos személyek, a pszichiátriai és szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményében vagy a fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában elhelyezett, BNO 10 kódkönyv F diagnóziskóddal rendelkező ellátottak,

b) az ápolást, gondozást nyújtó intézményben vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonban ellátott fogyatékos személyek,

c) a rehabilitációs intézményben, rehabilitációs célú lakóotthonban ellátottak”

Állapotfelmérés: A fogyatékossággal élő személyeknél alkalmazott alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés bemutatása

Az alapvizsgálatot Budapest Főváros Kormányhivatalának szakértői bizottsága végzi, a bizottság tagjai egy orvosszakértő, egy szociális szakértő, egy szakgyógypedagógus fogyatékos személy vizsgálata esetén, vagy egy további orvosszakértő.

Alapvizsgálat szükséges fogyatékos személyek otthonában, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában, fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében és lakóotthonában, és a támogatott lakhatásban való elhelyezés esetén. A támogatott lakhatás esetében még szükséges a komplex szükségletfelmérés elvégzése. Támogatott lakhatásba az újonnan jelentkező ellátott az alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés elvégzése után kerül felvételre. A komplex szükségletfelmérést a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által kijelölt szakértő végzi. Amennyiben "*az ellátott ápolást, gondozást nyújtó intézményből vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonból kerül támogatott lakhatásba, az ellátott komplex szükségletfelmérését - folyamatos ellátása mellett - az intézményvezető végzi el.* (Szoctv. 75.§. (7)

Állapotfelmérés: A fogyatékossággal élő személyeknél alkalmazott alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés bemutatása

Az alapvizsgálat elvégzése után kiállított szakvélemény a következő elemekből áll:

“a) a kiállításának helyét, időpontját, a szakértői bizottság tagjainak nevét,
b) az ellátott nevét, anyja nevét, születési helyét és idejét, valamint lakó-, illetve tartózkodási helyét,
d) a vizsgálat céljának és folyamatának rövid ismertetését,
e) a szakértői vizsgálat során felhasznált dokumentumok és az elvégzett vizsgálatok megjelölését, személyes meghallgatás, illetve személyes vizsgálat esetén annak helyszínét és időpontját,
f) az ellátott mentális, fizikai és egészségi állapotára vonatkozó lényeges megállapításokat,
g) az ellátottal összefüggő egyéb lényeges körülményeket,
h) a szakvélemény felülbírálatának lehetőségéről szóló tájékoztatást,
i) annak megállapítását, hogy az ellátási típus és forma, rehabilitációs célú lakóotthon esetén a határozott, illetve határozatlan időre történő elhelyezés megfelel-e az ellátott mentális, fizikai és egészségi állapotának, szükség esetén a javaslatot az ellátási típus vagy forma megváltoztatására,
j) a javaslatot az egyéni fejlesztési terv, az egyéni gondozási terv, a szolgáltatási terv, illetve az egyéni rehabilitációs program elkészítéséhez, módosításához,

k) rehabilitációs ellátás esetén az Szt. 112. § (2) bekezdése szerinti esetben a véleményt arról, hogy az ellátás időtartamának meghosszabbítása indokolt-e.”(A fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról szóló 92/2008. (IV. 23.) kormányrendelet. 7.§)

Állapotfelmérés szenvedélybeteg esetén

Mivel a szerhasználat egy általában rejtőzködő jelenség a kapcsolat felvételnek empatikusnak és ítélkezés mentesnek kell lennie. A kezdeti bizalom kiépítése rendkívül fontos.

Amennyiben a szenvedélybeteg vagy hozzátartozója maga jelentkezik segítséget kérve, általában a kliens állapotfelmérése az első lépés. Ebben az esetben az előbb leírt attitűdök tudatos használata mellett (ítélkezésmentes légkör, elfogadás, együttérzés) a következő területeket érdemes körüljárni:

1, A segítségkérés oka: Fontos tisztázni, hogy a kliens miért pont most kér segítséget. Valószínűleg a szerhasználat már hosszabb ideje jelen van a kliens életében, miért pont mosz határozta el, hogy segítséget kér. Saját elhatározásból vagy külső nyomás hatására teszi (család, munkahely, jogi következményektől való félelem)?

2, Mit szeretne elérni a segítségünkkel: Előfordulhat, hogy a kliens nem látja problémának szerhasználatát, lehet, hogy a segítségünkkel csak egy büntetőügyben szeretné jobb színben feltüntetni magát. Ilyen esetekben érdemes a kliens változásra való motiválása.

Állapotfelmérés szenvedélybeteg esetén

3, Szerhasználati jellemzők: Milyen régóta használ a kliens, ez utalhat a függőség jelenlétére is. Milyen helyzetekben használ általában a kliens. Ezzel megvizsgálható, hogy milyen helyzetekben tudja megtartani józanságát és mely helyzetek indítanak be kontrollvesztő fogyasztást. Érdemes rákérdezni az eddigi absztinenciát célzó kísérletekre és azok eredményeire. A szerhasználat jelenlegi rendszerességének és mennyiségének felmérése szintén fontos. Megkérhetjük a klienst, hogy jellemezze egy tipikus szerhasználatát (mikor kezd el inni, hol iszik, kikkel iszik, mennyit és milyen rendszeresen, hogyan fejezi be az ivást). Fontos kitérni az elvonási tünetekre is, különösen alkohol esetében (verejtékezés, kézremegés). Érdemes feltérképezni, hogy hány fajta szert használ a kliens.

4, Beszerzés módja: Mekkor mennyiségben vásárol, mennyi pénzt költ a szerhasználatra hetente vagy havonta. Hogyan szerzi meg a kellő összeget. Ezzel képet kaphatunk a pénzügyi helyzetéről, munkájáról és az esetleges büntető ügyekről.

5, Intravénás szerhasználat: Érdemes feltérképezni, hogy volt-e vagy jelenleg is van-e intravénás szerhasználat. Milyen mértékben és milyen gyakran fordul elő. A tű használati szokások feltérképezése is fontos. A fecskendő vagy az injektáláshoz használt segédeszközök (forraló, kupak, szűrő) továbbadása ugyanis fertőzésekhez vezethet.

Állapotfelmérés szenvedélybeteg esetén

6, Függőség meghatározása: Az alkohol megvonása erős függőség esetén akár életet veszélyeztető helyzetet is eredményezhet, ezért fontos a fizikai függőség megállapítása. A kora reggeli alkoholfogyasztás, a kézremegés és izzadás alkohol használat hiányában, korábbi detoxikáló kezelések, korábbi megvonásos rohamok jó előrejlzői lehetnek alkohol esetében a fizikai függőségnek.

7, Fizikai egészség: Érdemes feltérképezni a kliens általános egészségi állapotát. Jelen van-e más betegség.

8, Támogató környezet: A kliens családi és baráti kapcsolatainak jellemzői. Érdemes rákérdezni, hogy milyen szerhasználati minták vannak jelen a kliens barátai közt és a családjában. Valamint azt is, hogy mennyire támogató és bátorító kapcsolatok veszik körül.

9, Munka és vagyoni háttér:Mi a kliens munkája, mennyire stabil megélhetéssel rendelkezik-

10, Józan örömforrások: A józanság megkezdésében és fenntartásában fontos, hogy a szerhasználat okozta örömöket más józan örömteli szokásokkal, hobbikkal tudjuk pótolni. A későbbi célok meghatározásához fontos, hogy képet kapjunk arról, a kliens számára milyen józan örömforrások elérhetők.

11, Pszichiátriai zavarok: A szenvedélybetegséghez gyakran társul valamilyen pszichiátriai zavar, ezért érdemes feltérképezni, hogy a kliens korábban állt-e pszichiátriai kezelés alatt, milyen diagnózisokkal rendelkezik, jelenleg kap-e valamilyen gyógyszert (Ébredések Alapítvány, 2014)

Állapotfelmérés szenvedélybeteg esetén

Fontos információk:

1,A Segítségkérés oka

2,Mit szeretne elérni a segítségünkkel?

3,Szerhasználati jellemzők

4,Beszerzés módja

5,Intravénás szerhasználat

6,Függőség mértéke

7,Fizikai egészség

8,Munka és vagyoni háttér

9,Józan örömforrások

10,Támogató környezet

11,Pszichiátriai zavarok

Attitűdök: ítélkezésmentes légkör, elfogadás, együttérzés,

Gondozási terv/fejlesztési terv készítése

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban: Szt.) az ellátottak fejlesztésével és rehabilitációjával kapcsolatban kötelezően elkészítendő dokumentumként meghatározza az egyénre vonatkozó gondozási terv elkészítését. Az alábbiakban az Szt.-ből idézve ismerhetjük meg ezeket a terveket.

A Szt. 7 § szabályozza, a gondozási terv típusai, melyek a következők:

“a) az egyéni gondozási terv,
b) az egyéni rehabilitációs program,
c) az egyéni fejlesztési terv.

(4) Az egyéni gondozási terv - a fogyatékos személyek otthona és a szakápolási központ kivételével - az ápolást, gondozást nyújtó intézményben elhelyezett, valamint” jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban, közösségi pszichiátriai ellátásban, szenvedélybetegek közösségi ellátásában részesülő személy ellátásához kapcsolódó feladatokat rögzíti.”

Állapotfelmérés: A fogyatékossággal élő személyeknél alkalmazott alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés bemutatása

A komplex szükségletfelmérést a komplex támogatási szükségletmérő eszköz segítségével kerül felvételre. A felmérésen részt vesz a felmérő szakember, a kliens, a kommunikációját segítő bizalmi személy, a kliens hozzátartozója, törvényes képviselője, az ellátottat legalább 6 hónapja ismerő gondozó, és a lakót legalább 6 hónapja ismerő fejlesztő munkatárs.

A felmérő eszköz egy főlapból, mely a személyes adatokat, a fő szociodemográfiai adatokat és környezeti tényezőket gyűjti össze, egy interjúból, mely a családi és szociális kapcsolatokat, a személyes kontrollt, az önállóságot, a személyes igényeket és célokat, az egyén elképzeléseit a lakhatásról, a napközbeni tevékenységéről, a szociális és szabadidős tevékenységéről rögzíti, és egy szükségletfelmérő adatlapból áll, melynek fő fókuszai:

"I. Személyi higiéné
II. Személyi függetlenség
III. Mobilitás
IV. Életvezetéssel kapcsolatos támogatási szükséglet
V. Kapcsolatok
VI. Közösségi részvétel
VII. Egészségmegőrzés
VIII. Egészségügyi kockázatok" (Komplex támogatási szükségletmérő eszköz, http://szocialisportal.hu/)

A komplex szükségletfelmérés eredménye alapján határozzák meg azokat a szolgáltatási elemeket, amelyeket a felmért egyén számára a támogatott lakhatásban nyújtani szükséges, és ez alapján készül el az egyéni szolgáltatási terv.

Egyéni gondozási terv

“Az egyéni gondozási terv
9. § (1) Az egyéni gondozási terv tartalmazza
a) az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzetét,
b) az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatokat, azok időbeli ütemezését,
c) az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemeit.”

Az egyéni gondozási terv évente kerül felülvizsgálatra.

Az egyéni rehabilitációs program

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

11. § (1) Az egyéni rehabilitációs program tartalmazza:
a) a segítségnyújtás formáit, a rehabilitáció egyes elemeinek meghatározását a segítő folyamatban,
b) a rehabilitációval elérendő rövid és hosszú távú célok meghatározását, a várható eredmények elérésének módját, időtartamát, ütemezését,
c) a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,
d) a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait,
e) szükség esetén az intézményen kívüli élet, vagy a védett környezetben történő életkörülmények kialakításának módjait,
f) az ellátást igénybe vevőnek a társadalomba, a korábbi közösségébe történő visszailleszkedése érdekében szükséges, koordinált intézkedéseket.”

A rehabilitációs program az elért eredményeket figyelembe véve fél évente kerül felülvizsgálatra.

Egyéni fejlesztési terv

“(6) Az egyéni fejlesztési terv a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, valamint a fogyatékos személyek otthonában, illetve a lakóotthonban elhelyezett személy részére az egyénre szabott bánásmód leírását, az önellátási képesség fejlesztését tartalmazó dokumentáció. Az egyéni fejlesztési terv az ellátott személyről készített (gyógy)pedagógiai, egészségi és mentális állapotra vonatkozó jellemzés alapján készül.
12. § (1) Az egyéni fejlesztési terv tartalmazza
a) az ellátást igénybe vevő állapotának leírását és az abban bekövetkezett változást, az egyéni fejlődést,
b) az egyénileg szükséges külön szolgáltatásokat, pedagógiai, mentális, egyéb segítségnyújtási feladatokat, azok időbeli ütemezését, a foglalkoztatásban való részvételt,
c) szükség szerint az új szolgáltatás vagy az új ellátási forma igénybevételére való felkészítést,
d) a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,
e) a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait.”

Az egyéni fejlesztési tervet az elért eredmények alapján fél évente vizsgálják felül.

A gondozási és fejlesztési terv hasonlóságai illetve különbségei.

Mindkettő tartalmazza:

a) az ellátást igénybe vevő állapotának leírását
b) időbeli ütemezést
c) a feladatokat, amelyek az ellátást igénybevevő állapotának javulását célozza meg

Különbségek:

a) a gondozási tervet 1 évente, a fejlesztési tervet fél évente kell felülvizsgálni
b) a gondozási terv az állapotjavulásra, és megőrzésre fókuszál, míg a fejlesztési terv az állapotban bekövetkezett változást és az egyéni fejlődést rögzíti, figyelembe véve a pedagógiai, mentális, egyéb feladatokat és a foglalkoztatásban való részvételt is

- Mely célcsoportok esetében kell gondozási és melyek esetében fejlesztési tervet készíteni

a) Gondozási tervet kell készíteni az ápolást, gondozást nyújtó intézményben elhelyezett időskorú, szenvedélybeteg, pszichiátriai beteg, fogyatékos személy, valamint jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban, közösségi pszichiátriai ellátásban, szenvedélybetegek közösségi ellátásában részesülő személy esetén.
b) Fejlesztési tervet kell készíteni a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, valamint a fogyatékos személyek otthonában, illetve a lakóotthonban elhelyezett fogyatékos személy, pszichiátriai beteg vagy szenvedélybeteg személy részére

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

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