

2. tevékenységi csoport: Eltérő gazdasági és társadalmi fejlettséghez igazodó szolgáltatási módszerek kidolgozása, bevezetése, alkalmazása:

3. metódus: Ápolás az idősök otthonában, metódus fejlesztés különös tekintettel a mozgásfogyatékos ellátottak életminőségének javítására

Ápolás az idősök otthonában, metódus fejlesztés különös tekintettel a mozgásfogyatékos ellátottak életminőségének javítására

Készítette:

Magyarországi Baptista Egyház:

Badó Erika

Kathiné Révész Nóra

Baptista Szeretetszolgálat:

Béresné Jobb Anita

Neidert Zsuzsanna

Sárosi Attiláné

Vass Nikolett

EFOP-1.9.8-17

„Egyházi és civil szervezetek
szociális közfeladat ellátásának
támogatása”

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Tartalom

1. Előszó	1
2. Bevezetés	2
3. Fogalmak meghatározása	3
3.1. Fogyatékosság fogalma, típusai, csoportosítása	3
4. Az életminőség fogalma, tartalmi elemei	5
4.1. Az életminőség fogalma	5
4.2. Az életminőség tartalmi elemei	6
5. Az életminőség fejlesztése a különböző szakterületeken	8
5.1. Egészségügyi ellátás, ápolás, gondozás területén	8
5.2. Mozgásterápia területén	8
5.3. Mentálhigiénés szolgáltatás (egyéni és csoportos segítségnyújtás, tanácsadás) területén	9
5.4. Szociális szolgáltatás (szociális önállóság fejlesztése, képessé tevés, érdekképviselés, életvezetési tanácsadás; közösségi szabadidős programok) területén	9
6. Mozgásfogyatékosság történeti áttekintése	11
7. Kik a mozgáskorlátozott személyek?	12
8. A mozgáskorlátozott személyek találkozása az idős otthonnal	13
8.1. Mozgáskorlátozott személyek körülményei, érzelmei, veszteségei	13
8.2. Mozgáskorlátozott személyek lehetőségei	14
9. Mozgáskorlátozott személyek az intézményben	15
9.1. A felmérés eszközei	16
10. Módotusok a különböző szakterületek mentén	17
10.1. Egészségügyi ellátás, ápolás, gondozás területén alkalmazott módotusok	17
10.2. Mozgásterápia területén alkalmazott módotusok	21
10.3. Mentálhigiéné területén alkalmazott módotusok	23
10.4. Szociális szolgáltatás és foglalkoztatás területén alkalmazott módotusok	26
11. A mozgásfogyatékos ellátással kapcsolatos felmerülő problémák feltárása, kérdései, tapasztalatai, jógyakorlatai	28

12. Érdekvédelem	46
13. Összegzés	48
Hivatkozás jegyzék.....	50
Mellékletek	51

1. Előszó

"A fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai, akik a mindenkit megillető jogokkal, és lehetőségekkel csak jelentős nehézségek árán vagy egyáltalán nem képesek élni."¹ 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

Az ENSZ 1992-ben december 3-át fogyatékosok nemzetközi napjának nyilvánította, elősegítve ezzel, hogy a társadalom több tudomást szerezzen a fogyatékkal élő emberekről, jogaikról, képességeikről és szükségleteikről.

Az Európai Unióhoz történő csatlakozás egyik feltétele, hogy az állampolgárok - köztük a fogyatékossgal élő emberek - számára megteremtődjön az esélyegyenlőség a társadalmi élet minden színterén; a fizikai és kulturális környezetben, a lakhatás és közlekedési eszközök használata, a szociális és egészségügyi ellátás, az iskoláztatási és munkaalkalmak, a kulturális és társadalmi élet, valamint a sport és a szórakozás területén is.

¹ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.TV>

2. Bevezetés

"A fogyatékkal élőkkel a keskeny úton" program célja a mozgásfogyatékkal élő ellátottak életminőség színvonalának növelése. Munkacsoportunk által kidolgozásra kerül egy egészségmegőrzési program, amely kiterjed a mozgásfogyatékkal élő személyek esetében életmódbeli változások előmozdítására és lehetőségekhez mérten a kidolgozott testmozgás biztosítására. Módszerünk a szemléletváltás kialakítása, a mozgásfogyatékkal élők ismereteinek bővítése az egészséges életmódról, új mozgástechnikákról, érdekképviselétről, jogi ismeretekről. A személyzet és ellátotti érdekek, az igények és lehetőségek közelítése.

3. Fogalmak meghatározása

3.1. Fogyatékoság fogalma, típusai, csoportosítása

„A "fogyatékosok" gyűjtőfogalom azonban mindenképpen jogosan vitatott, és nem véletlen, hogy a modern nemzetközi szakirodalomban nem használják.

A fogyatékoság eredetét tekintve orvosi fogalom, mint ilyen, valamilyen betegség lezajlása után fennmaradt, orvosi eljárásokkal már nem befolyásolható kóros állapotot jelent. A gyógypedagógia tevékenységi körébe tartozás megjelölésére valóban nem adekvát, túl tág fogalom, és egyben túl szűk is.”²

Fogyatékoság: A fogyatékoság a gyógypedagógia alapfogalma. A fogyatékoság jelöli meg azt a tulajdonságot vagy tulajdonságcsoportot, ami alapján az egyén gyógypedagógiai ellátást igényel. A fogalom jelentése és terjedelme nagyon változó tartalommal bír. A fogalom értelmezése függ például az egyén fizikai és társadalmi környezetétől, attól, hogy az adott társadalomban, hogyan gondolkoznak a fogyatékoságról, kit tekintenek fogyatékos személynek. A fogyatékoság vonatkozhat egy tulajdonságterületre, egy területen belül egy vagy több tulajdonságra, de vonatkozhat több területre és több területen több különböző tulajdonságra is.³

Fogyatékoság típusai:

- értelmi fogyatékoság: mentális retardáció
- érzékszervi fogyatékoság: hallás- és látássérülés
- mozgáskorlátozottság: tartó és/vagy a mozgató szervrendszer veleszületett vagy szerzett sérülése, károsodása, funkciózavara

Az egyes tudományok mindig igyekeztek a saját szempontjukból legfontosabbnak vélt kritériumok alapján a gyakorlati tevékenységük alapját nyújtó definíciót megalkotni.

A legáltalánosabb meghatározás: „biológiai állapot megváltozása, a testi, idegrendszeri tulajdonságterületek körében fennálló visszafordíthatatlan sérülés, károsodás, defektus.”⁴

Szociológiai megközelítés: eltér az orvosi-biológiai alapon történő megközelítéstől, és elsődlegesen abból indul ki, hogy a fogyatékoság társadalmilag határozható meg. Mint ahogy Foucault mondja:

² Gordosné dr.Szabó Anna: Bevezetés a Gyógypedagógiába Főiskolai jegyzet, Budapest 1995

³ Illyés Sándor (2000): A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 17-38. o.

⁴ Illyés Sándor (2000): A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest. 25. o.

„a betegségnek csak olyan kultúrában van valósága és értéke, amely betegséggként ismeri fel”.⁵ A fogyatékoság tehát nem tekinthető csupán egy ténynek, hanem viszony és érték, és ennek megfelelően, a társadalmi értékelésből ered, hogy a jelenséget fogyatékoságnak értelmezi a társadalom vagy nem. A személyiség sorsát annak társadalmi következményei, valamint társadalmi-pszichológiai realizálása és nem önmagában a fogyatékoság dönti el.

A fogyatékoság 2013. évi LXIII. Törvény § (1) bekezdésében megfogalmazott törvényi fogalma alatt olyan tartós vagy végleges – veleszületett vagy szerzett – érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi vagy pszichoszociális károsodást, illetve ezek bármilyen halmozódását értjük, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja.

A mozgássérültség vagy mozgáskorlátozottság fiziológiai fogyatékoság, amit nehéz egységes kategóriaként kezelni, mivel kiterjedtsége és súlyossága eltérő lehet. Főbb típusai: agykárosodás utáni rendellenességek, petyhüdt bénulások, ortopédiai elváltozások, amputáció, végtaghiányos fejlődési rendellenességek. A mozgássérült személy viselkedési lehetőségei jelentősen beszűkülhetnek a mozgásszervi sérülés, illetve más járulékos szervi károsodások vagy krónikus betegségek miatt.

A mozgásfogyatékoságok csoportosítása, rendszerezése több szempont alapján történhet. A csoportosításoknak az anamnézis, a sérülés, a fogyatékek hatására kialakuló járulékos betegségek, valamint a pszichés következmények kezelésében, feltárásában is szerepe van.

Orvosi csoportosítás szerint megkülönböztetünk a sérülés ideje szerint veleszületett, illetve szerzett fogyatékoságot. A veleszületett probléma lehet örökletes betegség, születés előtti ártalom. A szerzett fogyatékek ideje szerint datálódhat a születés közbeni illetve a születés utáni időre.

A sérülés helye szerinti csoportosítás: Lehet az érintett terület az idegrendszer centrális vagy perifériás része. Ezen kívül a csont-, ízület-, izomrendszer megbetegedései ismertek.

Testrészek szerint megkülönböztethetők például a csípő, a térd, a boka, a gerinc és egyéb testrészek megbetegedései.

⁵ Foucault, M. (2000): Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése. Corvina Kiadó, Budapest. 62. o.

4. Az életminőség fogalma, tartalmi elemei

4.1. Az életminőség fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet 1946-os egészségdefiníciója lett kiindulópontja a medicinában az életminőség meghatározásának. A biológiai tényezők mellett a pszichoszociális tartalmakra is nagy hangsúlyt fektettek. Az 1980-as évektől az életminőség fontos kutatási területté vált, a krónikus betegségek elterjedésének következtében.

A szociális tudományokban az 1940-1950-es években használták először az életminőség fogalmát. Az első meghatározások alapján az életminőséget az objektív élethelyzet és annak szubjektív értékelése közötti mutatóként értelmezték, amely a valós élethelyzet és az elvárások kongruenciáját jelenti.

Az életminőség pontos meghatározása és kutatásának módszerei megosztják a különböző tudományterületek szakembereit. Az életminőség fogalmat a szakirodalmak széles körben használják, sok esetben a boldogság, a jóllét és az elégedettség szinonimájaként értelmezik.

Az életminőség három mérési koncepciója forrt ki az elmúlt évtizedekben.

- Az individuális életminőségre összpontosító modellek: A modell képviselőinek alapfelvetése, hogy az életminőség csak egyéni szinten határozható meg. Vagyis, hogyan viszonyul egymáshoz az adott személy életében az aktuális és az ideális állapot. Az individuális életminőség kvalitatív módszerekkel vizsgálható.
- A haszonelvű meghatározás szerint az életminőség kvalitatív módszerekkel nem mérhető, hanem azt csak a kliens preferenciája alapján mérhetjük.
- A pragmatikus modellek szerint az életminőség meghatározható általános dimenziók mentén, amik túlmutatnak az egyéni szinten (szociális, pszichológiai és testi állapot szubjektív értékelése). Az életminőség kutatások többsége a pragmatikus modelleket követi. Az életminőséget az adott személytől kapott információk alapján lehet meghatározni.

4.2. Az életminőség tartalmi elemei

Küchler modellje (Küchler, Bullinger 2000.) jól szemlélteti az életminőség alapvető dimenziót:

Dimenzió	Életminőségi szempontok
Testi szint	Funkcionális státusz, általános testi panaszok, betegségtünetek, terápiás mellékhatások, fájdalom
Pszichés szint	Alkalmazkodási készség, percepció sémák, érzelmi állapot, kognitív képességek, motiváció, kommunikatív készségek
Interperszonális szint	A fontos kapcsolatok szubjektív megélése, a kapcsolat készség szubjektív értékelése, a kapcsolati hálózat megélése
Szocioökonómiai szint	A munka és teljesítmény, az anyagi helyzet, lakáskörülmények, szabadidős lehetőségek értékelése
Spirituális szint	Vallásosság, az élet értelmének megélése, morális értékek

Az utóbbi évtizedekben az Egészségügyi Világszervezet az életminőség komplexebb operacionalizációjára törekedett, a kultúrák összehasonlíthatósága céljából. Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-munkacsoportjának meghatározása szerint: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszere, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet meghatározó tényezőihez fűződő viszonyát” (World Health Organization, 1997; idézi Kullmann, 2010). A leggyakrabban az életminőség mérésére a SF-36 kérdőívet használják. A kérdőív 8 skálája két főlérendelt (lelki és testi) dimenzióhoz kapcsolható.

A testi egészség skálái:

- Testi funkció, erőnlét (10 tétel), pl. mennyire korlátozza betegsége megerőltető fizikai tevékenységekben, vagy hétköznapi feladataiban

- Testi szerepfunkció (4 tétel), a testi problémákból adódó mindennapi szerepekben történő korlátozottság, pl. bizonyos feladatokat nem tud elvégezni, vagy csak nehézségek árán. Testi fájdalom (2 tétel), mennyire erősek a fájdalmai, s mennyire korlátozzák napi tevékenységét. Általános egészség (5 tétel), a szubjektíve megélt testi egészség.
- *A lelki egészség skálái:*
 - Vitalitás (4 tétel), milyen gyakran érzi magát energikusnak vagy fáradékonynak
 - Szociális funkció (2 tétel), milyen gyakran és mértékben befolyásolja testi-lelki állapota kapcsolatait
 - Érzelmi szerepfunkció (3 tétel): a lelki problémákból adódó mindennapi szerepekben történő korlátozottság, pl. bizonyos feladatokat nem tud elvégezni, vagy csak nehézségek árán
 - A pszichés jóllétet leíró Leleki egészség skála (5 tétel), pl. milyen gyakran érzi magát idegesnek, nyugodtnak, szomorúnak, boldognak.

Az intézményekben dolgozó szakemberek igyekeznek a saját területükön minél hatékonyabban támogatni a gondozottak életminőségének fejlesztését. Az orvosok, ápoló-gondozó személyzet, a mozgásterapeuták, a lelkészek, a mentálhigiénés szakemberek, a foglalkoztatók, a szociális ügyintézők, a dietetikusok és a konyhai személyzet, a takarítók és mosodai kollégák és még sorolhatnánk, mind azon tevékenykednek, hogy az ellátottak jól érezzék magukat az intézményben.

5. Az életminőség fejlesztése a különböző szakterületeken

5.1. Egészségügyi ellátás, ápolás, gondozás területén

Munkánk során általános célként határozzuk meg az életminőség javítását. Az elvesztett képességek, készségek komplex módon, tanulás útján történő helyreállítását, a meglévő képességek minél hosszabb ideig történő szinten tartását, fejlesztését. Rendszeresen felmérjük az ellátottak egészségügyi, fizikai (lásd melléklet) és mentális állapotát, félévenként pedig fejlesztési tervet készítünk. Minden állapotváltozás esetén megismételjük a felméréseket.

Az egészségügyi ellátás célja: szükségleteknek megfelelően személyre szabott szolgáltatás biztosítása, annak érdekében, hogy az ellátott egészségi, fizikai, lelki, szellemi állapotát egyensúlyban tudjuk tartani. A szinten tartás mellett, az egészségi állapot javítása is fontos.

A szükségletnek megfelelő személyre szabott ápolással, gondozással nagy mértékben hozzájárulunk az egészségi, fizikai, és az általános közérzet javításához. A fiziológiás szükségletek mellett nagy hangsúlyt helyezünk arra, hogy mozgáskorlátozott ellátottakat szeretettel, tisztelettel és megbecsüléssel segítsük a mindennapokban. Alapelvünk, hogy az egészségügyi ellátás, ápolás, gondozás során minden ellátott megőrizhesse az emberi méltóságát és önazonosságát, továbbá minden joga sértetlen maradjon.

5.2. Mozgásterápia területén

Mozgásterápia szempontjából az életminőség az egyén lehető legnagyobb önállóságát jelenti. Az összetett mozgássorozatok minél tökéletesebb, pontosabb végrehajtását. A legegyszerűbbtől (fésülködés) a bonyolultabbakig (ágyból való felkelés, séta). A mozgásterapeuták és a fizioterápiás szakemberek ennek jegyében dolgoznak. Az első találkozás során ajánlatos a mozgássérültekről egy mozgásszervi állapotfelmérést készíteni (lásd melléklet). Ez egy időigényes feladat, hiszen a teljes mozgásszervrendszer állapotát fel kell mérni, de ez az alapja annak, hogy a későbbiekben mérhető eredményeket kapjunk. Ez alapján lehet konzultálni a szakorvosokkal (Reumatológus, Ortopédus, Traumatológus, Belgyógyász stb.), illetve a Team-ben dolgozó munkatársakkal.

Az életminőség fejlesztését mozgásterápiával, a fizioterápia és a fizikoterápia eszközeivel segíthetjük elő. Mindegyik széles eszköztárral rendelkezik a megoldások területén. Hatékonyságuk bizonyított.

A kontraktúrák megelőzése, az ízületi mozgásszabadság növelése, az izomerősítés, az állóképesség

növelése, a koordináció javítása mind hatással van az egyén fizikai jólétére, aktivitására, emberi kapcsolataira és lelki egészségére.

5.3. Mentálhigiénés szolgáltatás (egyéni és csoportos segítségnyújtás, tanácsadás) területén

A mentálhigiénés szakember/terápiás segítő feladatai közé tartozik az ellátottak pszichés és mentális állapotának felmérése (mentálhigiénés értékelő lap a mellékletben található), a terápiás célok és módszerek meghatározása, mentálhigiénés terv készítése, ezek alapján kompetenciahatárok betartásával a mozgássérült ellátottak pszichés gondozása, szükség esetén továbbirányítása. A gondozott személynek biztosítjuk az egyéni segítő konzultációkat (Rogers nyomán), krízisintervenciókat, mediatív módszerekkel konfliktuskezelést, mélyinterjú technikákat, csoportos beszélgetéseket, tematikus foglalkoztatásokat (pl.: egészség megőrzés), preventív programokat és közösségi rendezvényeket.

5.4. Szociális szolgáltatás (szociális önállóság fejlesztése, képessé tevés, érdekképviselés, életvezetési tanácsadás; közösségi szabadidős programok) területén

A kreativitás nem a művészek, tudósok és zsenik kiváltsága, mindenki lehetősége és adottsága, ami még felnőttkorban is remekül fejleszthető. A kreativitás nemcsak az egészséges embereknél fejleszthető, hanem a megváltozott, vagy erősen mozgásukban korlátozott személyeknél is sikeresen átültethető. Segít abban, hogy jobban érezzék magukat, mert hatékonyságot, sikert, különlegesség érzését eredményezi. A kreatív műhelyekben folyó "munka" segít a szépérzék és a finommotorika fejlődésében. Ha olyan technikákat alkalmazunk, amiket ők is biztosan képesek elsajátítani, azzal növeljük az önbizalmukat. A kézműves foglalkozások során sok érdekesebbnél érdekesebb ötletek megvalósításával megtapasztalhatják az alkotás örömét, és a hasznosság érzését is. Eladható az elkészült alkotás és valaki más is örömet lelheti benne. Tehát a kreativitás mindenképpen hat az ember személyiségére, viselkedésére. Fejlesztőleg hat a teljesítőképességre, kitartásra, problémamegoldásra, nő az egyéni látásmódjuk, az önálló gondolkodásuk. Nyitottabbá, magabiztosabbá teszi az embert. Az ellátottak szociális ügyeinek intézése során törekszünk a hatékony segítségnyújtásra.

A szociális önállóság fejlesztése kulcsfontosságú, hiszen az ügyintézés során az ellátott képességeinek (mind értelmi, mind fizikai) megfelelően vállal szerepet a folyamatban, ezáltal koordinálható a segítségnyújtásban a szakemberek beavatkozásának mértéke. Az ellátott így

érdekelt, aktív és motivált résztvevője lesz az ügyintézésnek. Az önállóság fejlesztése során a hangsúlyt az ellátott informálására, aktív szerepvállalására, minél kisebb fokú beavatkozásra tesszük.

Munkánk során általános célként határozzuk meg az életminőség javítását, melynek keretein belül életvezetési tanácsadást nyújtunk, számos közösségi programot biztosítunk.

Tevékenységeink elvégzése során gondosan ügyelünk ellátottaink jogi és érdekvédelmi képviselőire.

6. Mozgásfogyatékos személyek megítélésének változása a történelem során

A fogyatékosokkal szembeni aspektusok kultúránként változtak és nagy mértékben meghatározták az emberek hozzáállását az akkori adott társadalmi normák. Míg az ősközösségben a fogyatékosokat szegregálták az egészséges emberektől, addig az ókorban bizonytalan volt a sorsuk. Ugyanis nem tudták a fogyatékoság kialakulásának okát, így misztikus magyarázattal ruházták fel. A középkorban viszont a teljes elutasítás volt jellemző feléjük. Ekkor úgy hitték, hogy az ördög műve és csak az ördög és a nő viszonyából születhet fogyatékos gyermek, ezért család szégyelte a fogyatékos családtagot, és inkább elrejtették őket a nyilvánosságtól.

Az első intézményt 1872-ben Hans Knudsen alapította Koppenhágában, és elkészítette a pedagógiai programot is az ott élők számára. Ezért Őt tekintjük az első iskolateremtőnek. A skandináv országokban az akadálymentesítés is központi kérdés volt.

Németországban először Johann Kurz alapított otthont 1932-ben, Münchenben. Ez az intézmény inkább otthont adott, képzéssel nem foglalkozott.

1948-ban a londoni olimpiával egyidőben Ludvig Guttmann (német származású angliai idegsebész, aki a háborús sérültek rehabilitációjára vezette be a mozgásterápiát) Nemzetközi Kerekesszékes játékokat rendezett az Aylesburyben működő Stoke Mandeville kórház hadisérültjei számára. Ezek után egyre több mozgásfogyatékos személy vállalkozott versenyre. Az első paralimpiai játékokat 1960-ban rendezték meg Rómában, az ostiai Gerincsérültek Központja igazgatójának kezdeményezésére. Majd 40 évvel később az 1988-as szöuli olimpiai játékokon használták először a paralimpia kifejezést, ami az angol paraplegic (bénult) és az olimpia szavak összekapcsolásából született meg.

Magyarországon a XX. században jelenik meg a mozgáskorlátozott gyermekek számára az első fogyatékos intézeti lehetőség. Itt együtt nevelkedhettek ép társaikkal, és kiemelkedő szerepet kapott az ortopédia, a gyógytestnevelés és a gyógytorna. 1956-57-ben a gyermekkénulás járvány után, Budapesten a XVI. kerület Mexikói úton létesült bentlakásos iskola a mozgásfogyatékos gyermekek számára. Ebben az időben alakult Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Sály községben intézet, mely bentlakásos, a paralizises gyermekek számára, ez már nevelést és oktatást is adott.

Dr. Pető András (1893-1967) dolgozta ki a központi idegrendszer károsodása következtében gátolt személyes konduktív módszerrel történő helyreállító nevelési-oktatási eljárást. Intézetet alapított, mely a mai napig az Ő nevét viseli.⁶

⁶ <http://users.atw.hu/golleszequal/html/gyogypedagogia.htm>

7. Kik a mozgáskorlátozott személyek?

A mozgáskorlátozottság elsősorban a hely- és helyzetváltoztatás zavarát, hiányosságát jelenti. A mozgásukban korlátozottak csoportján belül megkülönböztethetünk kerekesszékekkel, támbottal, mankóval, járókerettel közlekedő személyeket. A mozgáskorlátozottság az ataxia (mozgászavar) következménye. Az ataxia a mozgási funkciók kivitelezésének nehézsége. A mozgássérültség vagy mozgáskorlátozottság fiziológiai fogyatékoság, amit nehéz osztatlan kategóriaként kezelni, mivel kiterjedtsége és súlyossága heterogén lehet. A mozgáskorlátozottság lehet pl. fejlődési rendellenesség vagy baleset következménye. Idetartoznak a csonka vagy csonkolt végtagúak és a súlyos testi deformitásuk, elváltozásuk miatt mozgáskorlátozottak. A mozgáskorlátozottság azonban többnyire idegrendszeri eredetű, főként a mozgások kivitelezésében részt vevő idegrendszeri struktúra sérülése vagy megbetegedése következtében létrejött mozgászavarban szenvednek. A mozgászavarra elsődlegesen a nagymozgások (járás, futás, kúszás stb.) koordinátlansága (összerendezetlensége) és ennek következtében a finommozgások (kézmanipuláció, rajzolás, írás stb.) kivitelezésének komplikációi jellemzőek. Az idegrendszeri eredetű mozgászavar jellege szerint lehet plégia (bénulás), amikor mozgásképtelenség lép fel; paresis (hűdés, részleges bénulás), amikor a mozgásképeség redukálódik, és hipermotilitás (túlmozgás). Kiterjedése szerint lehet, monoplégia, ill. monoparesis (egy végtagra kiterjedő); hemiplégia, ill. hemiparesis (a test fél oldalára kiterjedő); paraplégia, ill. paraparesis (a két alsó végtagra kiterjedő); di- vagy tetraplégia, ill. di- vagy tetraparesis (mind a négy végtagra kiterjedő). Az izomtónus állapota szerint lehet spasztikus (görcsös) és atóniás (petyhüdt). A sérülés helye szerint lehet centrális (agyi) és perifériás (gerincvelői).⁷

Gyógypedagógiai értelemben: „mozgáskorlátozott az, aki a tartó vagy/és mozgató szervrendszer sérülése vagy hiánya következtében, a fizikai teljesítőképesség megváltozása miatt az életkori tevékenység végzésében maradandóan korlátozott, személyiségfejlesztése, nevelése átmenetileg vagy tartósan speciális feltételeket, eljárásokat igényel”⁸

⁷ <http://info.kezenfogva.hu/tags/6448-mozgasszervi-fogyatekos>

⁸

http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Az_vodapedagogus_feladata_a_sajtos_nevelsi_igny_gyermekek_nevelsben/a_mozgskorltozottsg_rtelmezse.html

8. A mozgáskorlátozott személyek találkozása az idős otthonnal

8.1. Mozgáskorlátozott személyek körülményei, érzelmei, veszteségei

Egy fogyatékkal élő ember életében kardinális szerepet játszik, hogy milyen viszonyban van saját állapotával, mennyire tudja elfogadni azt és így kihasználni az élet adta lehetőségeket. Ez az attitűd nagyon sokban függ az embert körülvevő környezettől. Az, hogy a család, a barátok mennyire nyitottak, mennyire rugalmasak és támogatóak, alapjaiban határozhatja meg a fogyatékos személy önértékelését, amelyre az egész élete, életvitele épülhet. Akár születésekor kapta a korlátozottság terheit, akár későbbi élete során baleset, betegség vagy egyéb más ok miatt szerezte, egy korlátozott mozgásképességű ember számára komoly lelki feladat annak a feldolgozása, hogy más, mint a környezetében élők nagy része.

Meg kell tudnia küzdeni a veszteség érzésével, azzal a tudattal, hogy az élete visszavonhatatlanul megváltozott. Az életmód megváltozása értékrendváltozást is von maga után, de – természetesen nem egyik pillanatról a másikra, hanem hosszú lelki út és érzelmi munka révén – ebben az értékrendben kell tudnia magát úgy elhelyezni, hogy az előrevivő legyen.

A veleszületett mozgáskorlátozott egyének nagy részénél elmondható, hogy a születés pillanatától kezdődően felnőtt koráig védett családi környezetben él. "Majd amikor a gondoskodást végző szülők az öregedő életkorba lépnek, és már önmaguk ellátása is nehézkessé, problémássá válik, akkor gyermekük ellátása érdekében meg kell hozniuk egy életre szóló döntést, mely megpecsételi az eddig családban nevelkedett fogyatékossgal élő ember sorsát. A szociális intézménybe való bekerülés óriási változás az egyén életében.

Hasonlóan súlyos a helyzet, amikor az ember egy hirtelen bekövetkező betegség vagy baleset következtében válik fogyatékosná. A tragédiát követően az egyén kórházi, majd rehabilitációs ellátásban részesül. Viszonylag rövid időn belül szembesülnie kell azzal a ténnyel, hogy a maradványtünetek visszafordíthatatlanok, a jelenlegi állapota végleges. Sok esetben hosszú vívódást követően végleges megoldást keresve tartós bentlakásos intézményi elhelyezés mellett dönt."⁹

A másik meghatározó külső tényező (amivel meg kell küzdeniük) a tágabb környezet, a társadalom hozzáállása, az idegen emberek reakciói. A mozgássérült embernek el kell jutnia odáig lelkiileg, hogy fel tudja dolgozni embertársai néha furcsa, néha szokatlan, esetenként kompromittáló, olyakor szívmelengető reakcióit, sőt, hogy alakítani tudja azt az egyes helyzetekben.

⁹ Befogadás (elhelyezés) az idősek otthonában metódus fejlesztés a begyűjtött jógyakorlatok alapján

8.2. Mozgáskorlátozott személyek lehetőségei

A mozgáskorlátozottság, mozgássérülés megváltoztathatja a test alakját, hátráltathatja a cselekvést,

beszűkítheti az érzékelést, a kommunikációt, a tapasztalatszerzés lehetőségeit.

A mozgáskorlátozottság nehézséget okoz az önellátásban, a higiénia biztosításban, az öltözködésben, étkeztetésben, közlekedésben, még az egyszerű finommozgások is akadályozott lehetnek.

A jó szakember segíthet feldolgozni a megváltozott állapottal járó lelki terheket, az életmód megváltozásával járó kellemetlenségeket, megtanulni az intézmény és a társadalom tagjaival szembeni viselkedést, az érdekek képviselését.

A mozgáskorlátozott emberek speciális szükségleteik miatt fokozott figyelmet igényelnek, mind a társadalom, mind az intézmények részéről. Fontos, hogy a számukra megfelelő szintű és tartalmú segítséget megkapják. Számukra óriási trauma a tartós bentlakásos intézménybe való bekerülés, mert ekkor szembesülnek azzal a ténnyel, hogy ez egy végleges állapot. Az optimális hely biztosítása érdekében szükséges a beköltöző személy fizikai és egészségügyi állapotának teljes körű felmérése, mely magába foglalja a fizikai, egészségügyi, mozgás, mentális, szociális, értelmi, képességek megismerését. A szükségletfelmérés során feltérképeződik a szolgáltatást nyújtó intézmény és az intézményben dolgozó szakemberek számára a személyre szabott ápolás/gondozás szükségletének mértéke.¹⁰

¹⁰

Befogadás (elhelyezés) az idősök otthonában metódus fejlesztés a begyűjtött jógyakorlatok alapján

9. Mozgáskorlátozott személyek az intézményben

Intézményekben előforduló tartós mozgáskárosodást okozó mozgásszervi diagnózisok: spasticus tetraplegia, arthrogryposis ongenita multiplex, gerincvelő kompresszió, agyi infarktus következményei, végtag szerzett hiánya, agytörzsi malihuitás, M.Little-kór, spina bifida, paraplegia, féloldali spasticus bénulás, hemiparesis spastica, osteoporosis, perifériás érbetegség, sclerosis multiplex, csecsemőkori féloldali bénulás.

A szolgáltatásainkat igénybe vevő mozgáskorlátozott gondozottak részére az ápolás-gondozás egyénre szabottan, a működő képességeket és nehézségeket egyaránt feltáró, célokat és feladatokat rögzítő, a kliensek által is elfogadott egyéni fejlesztési terv, egyéni gondozási terv mentén történik. A fiatalabb és idősebb, súlyosan sérült és részben önellátó, veleszületett és későbbi életkorban szerzett sérüléssel rendelkező klienseknek egyaránt nyújtunk szolgáltatásokat. Az elmúlt években jelentősen emelkedett a 24 órás felügyeletet, ápolást/gondozást igénylő kliensek száma.

A mozgáskorlátozott emberekkel folytatott komplex ápolási-gondozási munka az egyéni szükségletekhez, képességekhez, mozgásállapothoz igazodó személyi segítség, melynek célja a kliensek mindennapi önellátási, önkiszolgálási tevékenységeinek segítése, fejlesztése, és mindazon ápolási, gondozási és egészségügyi tevékenységek elvégzése, melyekben klienseink napi szinten segítségre szorulnak.

Az intézmények alapelvei között szerepel, hogy a személyzet munkájának célja az önrendelkezés és a képességek kiteljesítésének biztosítása, és ennek mentén segítse a mozgáskorlátozott személyek kapcsolatainak kialakítását, szűkebb és tágabb közösségekbe való beilleszkedésüket. Minden segítő munkatársnak tiszteletben kell tartania az ellátott magánszféráját, vallási és politikai meggyőződését.

9.1. A felmérés eszközei

Munkánk során ismernünk kell akadályozottságának jellegét, a cselekvőképesség valószínűsíthető határait. Ettől jelentősen eltérni, túlságosan sokat követelni, illetve túlgondozni, képességeit nem felhasználni nem szabad. Ehhez szükséges a részletes orvosi vizsgálat, amely kiterjed az érzékszervi, idegrendszeri működés felmérésére, illetve a belgyógyászati jellegű egészségügyi státuszra is. Előfordul, hogy a diagnózis pontos megállapításához, illetve a megfelelő ellátás megtervezéséhez további vizsgálatokra van szükség. Leggyakrabban genetikai, ideggyógyászati, ortopédiai, vagy reumatológiai vizsgálat elvégzése szükséges.

A módszertani csoport által kidolgozásra kerültek olyan dokumentumok, amelyek nagy mértékben feltárják a mozgáskorlátozott személyek, fizikai, egészségügyi, mozgásszervi, mentális, szociális, és értelmi képességeiket. Ez a részletes állapot felmérés szükséges ahhoz, hogy egyéni és személyre szabott ellátást, fejlesztést, lehetőséget tudjunk biztosítani a mozgáskorlátozott egyén részére az intézményi élet során. (lásd 17. pont Mellékletek)

A részletes állapot felmérés során különböző problémákat, akadályokat véltünk felfedni, melyek kapcsán a mozgásfogyatékos személyek ellátásával kapcsolatos problémák feltárására irányul kérdéskör született. A kérdések megválaszolása érdekében „jógyakorlatok” gyűjtésébe kezdtünk, melyekbe több intézményt is bevontunk.

10. Metódusok a különböző szakterületek mentén

10.1. Egészségügyi ellátás, ápolás, gondozás területén alkalmazott metódusok

Szakmai munkánk során nagy hangsúlyt fektetünk a mozgássérült emberek életkörülményeinek javítására, jogaik tiszteletben tartására és azok érvényre juttatására az intézményen belül és kívül is. A szolgáltatást oly módon biztosítjuk, hogy figyelembe vesszük a kliensek fizikai állapotát, egyéni készségeit és képességeit, életkori sajátosságait. Továbbá támogatjuk, hogy az ellátottaink igényeiknek megfelelően megtalálják azt a komfortos és attraktív közeget, ahol ápolhatják társas- vagy családi kapcsolataikat, vagy éppen kielégíthetik egyéni szükségleteiket. Fontos hangsúlyt fektetünk az egészségmegőrzést szolgáló felvilágosításokra, a szűrővizsgálatokra (pl.: tüdőszűrés, mammográfia, fogászat, nőgyógyászati szűrővizsgálatok, ortopédiai szűrővizsgálatok) és azok megszervezésére.

Az egészségügyi ellátás keretében biztosítjuk az alapápolási feladatok elvégzését, főként a napi testlemosást, a heti fürdetést, az ürítés szükséglet kielégítésében történő segítségnyújtást, a két óránkénti mobilizálást, a ruházat és textília biztosítását, a kényelmi eszközök használatát és az étkezésben való segítséget. Állandó 24 órás felügyeletet, folyamatos ápolást, gondozást biztosítunk ellátottaink számára. Az alapgyógyszerkészletet intézményeink érvényben lévő jogszabálynak megfelelően biztosítja.

Az ápolás során az önellátó képesség és az egyén függetlenségének helyreállítását célzó modelleket alkalmazzuk.

Virginia Henderson féle ápolási modell: Segíti az egészséges vagy beteg egyént, hogy ismét függetlenné válhasson. A modell jellegzetessége, hogy 14 alapszükségletet állapít meg. Lényege nem más, mint segíteni a beteg vagy egészséges egyént azon feladatok elvégzésében, amelyek hozzájárulnak egészségéhez, vagy gyógyulásához, amelyet önmaga végezne el, ha lenne hozzá ereje, akarata, tudása.

Dorothea Orem féle ápolási modell: Fő célja, hogy segítse a gondozottat az önellátás elérésében. Erre az ellátásra akkor van szükség, ha az egyén képtelen biológiai, pszichológiai, fejlődési vagy társadalmi szükségleteit maga kielégíteni.

Tapasztalataink szerint e két modell szellemében leghatékonyabb az ápolás, gondozás.

A mozgásszervi funkciók károsodása nehezítheti, akadályozhatja az ápolást, a gondozást, az önellátási funkciókat, a kommunikációt, a helyváltoztatást, és a közlekedést. Ezek a nehézségek az emberi autonómia alapfeltételeiben gátolja a mozgáskorlátozott egyéneket. Így az akadálymentes

környezet kialakítása mellett nagy hangsúlyt kell fektetni a kényelmes ágyakra és az egészségi állapotnak megfelelő bútorokra. A szobák, fürdők, mellékhelységek speciális mosdókkal, kapaszkodókkal és eszközökkel legyenek felszerelve. Minden helységet nővérhívó készülékkel kell ellátni.

A mozgáskorlátozottság jelenléte korlátozza és nehezíti ugyan az életminőséget, azonban hangsúlyozzuk, hogy a korszerű segédeszközök által részben teljes értékű életet biztosíthat.

Ezeket a korlátokat, gátakat a segédeszközök mindennapi használatával, biztosításával is tudjuk oldani. A segédeszközök csoportosítása igen nehéz, mert a felhasználás célja szerint ugyanaz az eszköz más-más csoportban is szerepelhet. A gyógyászati segédeszközöket a TB támogatás keretében az aktuálisan érvényes törvényi szabályozók alapján szakorvosok írhatják fel. Önellátást segítő eszközök: az öltözködés, tisztálkodás (higiéne), étkezés, szórakozás, sport stb. eszközei. Ide tartoznak a harisnya- és cipőfelhúzó, nyeles fogók, csipeszek, evőeszközök, különlegesen kialakított poharak, tányérok, tapadókorong az eszköz rögzítésére, vagy az evőeszköz nyelének vastagítása és/vagy hajlítása. Az önellátásra képtelen mozgáskorlátozott mozgását, fürdetését segítik a különböző betegemelő szerkezetek, illetve a kádba helyezhető fürdető-székek. Nélkülözhetetlen eszközök a különböző fürdőszobai támaszok, kapaszkodók, zuhanyozó kerekesszékek, szoba WC-k, hevederek. Bizonyos mozgásszervi megbetegedések velejárója a záróizmok hiányos működése, vagy az érzés-kiesés következtében kialakult inkontinencia (széklet és vizelet visszatartási képtelenség). Az inkontinenciában szenvedők gyógyászati segédeszköze a betét, a pelenka, a katéter, a sztómazsák, amelyet különböző méretekben gyártanak.

A felfekvések megelőzésére szolgálnak a különböző ülőpárnák és ágybetétek, matracok. A helyváltoztatást, közlekedést segítő eszközök a használat helye szerint lehetnek: lakáson belül, lakáson kívül, épületen kívül. Az önállósági fok szerint ezek lehetnek: segítséggel, önállóan (saját erővel, külső energiával) használhatók. A helyváltoztatást támogatják a különféle mankók (hónalj, könyök), botok, járókeretek, kerekesszékek. A kerekesszékek kaphatók önhajtós és elektromos változatban is. Mindkettő készül szobai, illetve külön utcai használatra. Ma már nagy hangsúlyt fektetnek arra is, hogy a kerekesszékekben biztonsági öv és egyéb rögzítőt (pl. láb, kar, derék, stb) használhassanak a kliensek szüksége esetén. (Érvényben lévő jogszabályoknak megfelelően dokumentáljuk a rögzítés helyét, módját, okát, illetve 168 óránként jelentést küldünk az illetékes ellátottjogi képviselőnek.)

Külön csoportot képeznek az úgynevezett „rokkantak” számára kialakított személyautók. A rendelkezések szerint bármilyen típusú személyautó lehet „támogatókocsi”, akkor, ha az megfelel a törvényben leírtaknak, illetve ha rendelkezik az ORSZI által meghatározott átalakításokkal (a

fogyatékos állapotának megfelelően kell a személygépkocsit adaptálni).¹¹

Legfőbb célkitűzésünk, hogy az ellátott az intézményben töltött élete során is élvezhesse a függetlenséget, önállóságot, mindezt úgy, hogy biztonságban érezhesse magát. A fent leírt segédeszközök rendszeres és rendeltetésszerű használata az intézményi ellátás során nagymértékben segíti az ápoló, gondozó munkáját és a mozgáskorlátozott személy életminőségét, komfortérzetét, biztonságát.

Az elmúlt években megnövekedett az adminisztrációs feladat a szociális intézményekben. Mára már nélkülözhetetlenné vált a teljesítmény igazolása. A dokumentációk vezetése jelentős terhet ró a személyzetre, pedig a dokumentációk vezetése egyúttal védelmet is jelenthet számukra és az intézmény számára. Továbbá elősegítheti az egyénközpontú értékszemlélet elterjedését és magában foglalja az ellátottak fizikai, egészségügyi, mentális állapotát.

„A jogszabályok alapján az ápolószemélyzetnek kötelessége vezetni az ápolási dokumentációt. A szakképzett ápoló felelős saját ápolási gyakorlatáért, és ennek a felelősségnek része a dokumentáció vezetése is. A teljes, pontos, gondosan vezetett ápolási dokumentáció igazolja, hogy a szakképzett ápoló teljesítette a vele szemben elvárható követelményeket, ésszerűen és körültekintően cselekedett.”¹² Tehát a dokumentáció kitöltése nem választás kérdése, mert annak pontos vezetése törvény által kötelező.

A dokumentáció vezetése nemcsak az ápolók feladata, hanem a team minden tagjának kötelező. A jó dokumentáció előfeltétele a szakszerű ellátásnak és a hatékony kommunikációnak, ami fokozza az együttműködést a teamtagok között. Így az ellátottak szakszerű ellátása mellett a dokumentálása az egyik legfontosabb feladatunk, melyet minden teamtag saját kompetenciájában az önálló funkciók keretein belül végzi. A pontos dokumentációvezetés azt a célt szolgálja, hogy minden esetben az a személy adminisztrál, aki az adott tevékenységet valóban el is végezte (aláírásával hitelesíti) és felelősséget is vállal érte. Ez a gyakorlat biztonságot nyújt a résztvevőknek, átláthatóbbá és dokumentálhatóvá válnak a feladatok. Az információcsere is koordinálhatóbbá válik, nem vesznek el releváns információk. Tehát a dokumentáció így hiánytalan és visszakereshető.

¹¹ http://kepzesevolucioja.hu/dmdocuments/4ap/3_1284_013_101030.pdf

¹² file:///C:/Users/media/AppData/Local/Temp/0061_apolastudomany-magyar.pdf 287. pp 2019-03-28

Csak a megfelelően dokumentált ápolás segítheti elő az egyénközpontú értékszemplélet elterjedését, azaz a dokumentáció által visszatükröződik az egyéni gondozás-ápolás megléte.¹³

Szerintünk a gondos ellátás fontos alappillére a beteg/ kliens megfigyelése és a megfigyelés rögzítése. Ezért is fontos, hogy legyen teljes a dokumentáció, azaz mindent, amit a személyzet tesz, megfigyel, mér, észlel, hall, kerüljön rögzítésre. Ami nem kerül dokumentálásra, az jogi értelemben nem történt meg az ellátás során. Továbbá minden megfigyelésünk, pontos adat, valós információ rögzítése nagyban segíti orvosaink, szakorvosaink munkáját.

¹³  https://www.doki.net/tarsasag/meszk/upload/meszk/document/nover_2002_15e_3sz.pdf?web_id=2019-03-24
18:2

10.2. Mozgásterápia területén alkalmazott módszerek

Ahhoz, hogy a lehető legjobb eredményt érhesük el a mozgásterápia során konzultációra van szükség a mozgásfogyatékos személy mindennapi ellátásában résztvevő szakemberekkel (ápolók, mentálhigiénés szakemberek).

Az ápolók esetében fontos kitérni a lakókörnyezet elrendezésére (pl: kapaszkodók, éjjeliszekrény, egyéb bútorok elhelyezése a szobában). Olyan környezetet kell kialakítani a szobában, ahol a kliens a lehető legtöbbet tud önállóan mozogni, hogy minél többet tudjon segíteni az ellátása során, de az ápolók munkáját sem akadályozzák a bútorok elrendezése.

A mentálhigiénés szakemberek terápiáik során a gondozott együttműködési hajlandóságát segíthetik el a mozgásterápiában.

A mozgásszervi állapotfelmérés után elkezdhető a mozgásterápia kidolgozása. Az egyéni kezelések során van lehetőség a személyre szabott mozgásterápia megvalósítására. Ilyenkor kap hangsúlyt az izmok lazítása, erősítése, a kontraktúrák oldása, a mozgásterjedelem növelése, a különböző mozdulatsorok gyakorlása, a finommotorika fejlesztése és a mobilizálás. Az egyéni kezelésekre tartozik a masszáz, bizonyos esetekben az elektroterápia, a segédeszközök kiválasztása, és használatának betanítása is. Az egyéni kezelések során lehetőség van a folyamatos kommunikációra a gondozottal, ezzel lehet növelni a terápia hatékonyságát és az együttműködést. A finommotorika fejlesztésében segítségünkre lehetnek a kreatív foglalkozások (pl: gyöngyfűzés, papír díszek készítése). Ezek észrevétlenül fejlesztenek.

A csoporttornák nem csak az ellátottak mozgásszerendszerének szempontjából hasznos, hanem közösség építő ereje is van és vidám hangulatából kifolyólag a kedélyállapotukat is befolyásolja. A közösen végzett gyógytorna során nem egyénekre koncentrálnak, hanem a csoportra. Ilyenkor mindenki számára egyaránt kivitelezhető gyakorlatokat kapnak.

A fizioterápiás kezelések nagyban hozzájárulnak az mozgásterápiához, kiegészítik azt. A fizioterápiás kezelések általános hatásai: keringésfokozás, fájdalomcsillapítás, gyulladáscsökkentés, izomtónus csökkentés, izomerősítés, mikromasszázs, ödémcsökkentés. A teljesség igénye nélkül használható: Tens, Uh, magnetoterápia, diadinamik, szelektív ingeráram, interferencia, stabil galván terápia, laser terápia, Ritex pakolás, kénpakolás, Emspoma pakolás, pezsgőfürdő kezelés, Biopton lámpa. A kezelések kiválasztásához érdemes szakorvos segítségét kérni.

A megfelelő segédeszközök, ortézisek, művégtagok, kerekesszékek kiválasztásához és felírásához szintén szakorvosi segítséget kell igénybe venni.

Egy jól működő Team munkával, a helyesen megválasztott mozgásterápiával és fizioterápiával, az igényekre szabottan kiválasztott segédeszközökkel nagyban hozzájárulunk az ellátott életminőségének szinten tartásához, növekedéséhez és az önállóbb életviteléhez.

Az intézményi ellátás során a munkánk objektív méréséhez ajánlott félévente egy fejlesztési tervben rögzíteni az előző félév eredményit és következő félév célkitűzéseit. Ha féléven belül valamilyen akut állapotváltozás történik a gondozottnál, akkor felül kell bírálni az eddigi kezelési tervet és alkalmazkodni kell az aktuális állapothoz, akár a mozgásterápia teljes megváltoztatásával is.

10.3 Mentálhigiéné területén alkalmazott metódusok

A mentálhigiéné egy szemlélet, elmélet, tevékenységi terület. A mentálhigiéné célja az élet minőségének fejlesztése, az élet igenlő magatartás támogatása, az erkölcsi értékek megszilárdulása, a destruktív, aszociális minták mérséklése, a prevenció elve. A mentálhigiéné központjában holisztikus emberkép áll, vagyis a pszichoszociális problémákat az emberi kapcsolatok kontextusában értelmezi és befolyásolja. Preventív eszközöket preferál.

A prevenció három szintjét különböztetjük meg.

Az elsődleges vagy primer szint, ahol a mentális betegségek kialakulása, betegséggé fejlődése ellen dolgozunk. Itt a cél a személyközi kapcsolatok fejlesztése, a külső feltételek alakítása. Ide kell besorolnunk a stresszhelyzeteket és a krízisállapotokat is. Főbb rizikócsoporthoz az izolált személyek, életkori krízisek, egzisztenciális gondok, tartós betegek és családjuk vagy az erőszak áldozatai. Láthatjuk, hogy a tartós betegek és családtagjaik, vagyis a fogyatékkal élők külön rizikócsoporthoz képeznek. Így kiemelten fontos területe a mentálhigiéné preventív munkájának ez a szegmense.

A másodlagos vagy szekunder prevenció szintjénél a mentálhigiéné célja, hogy a kliens kezelése minél rövidebb ideig tartson, minél előbb adekvát módszerek és eljárások alkalmazásával kiszabaduljon a pszichés terhek nyomásából. Fontos a kliens szociális védőhálójának támogató szerepe is, így az általunk alkalmazott metódusok során külön figyelmet szentelünk az ellátottak családtagjaira, a barátokra, velük való érdemi kapcsolattartásra törekszünk.

A tercier prevenció során a betegségekkel együtt járó hátrányok minimalizálására törekszenek a team munka szakemberei. Reszocializáció, rehabilitáció és reintegráció területe.

A mentálhigiéné szakember feladata egy előzetes felmérés, a kliens egészségügyi, pszichés, mentális állapotának megismerése az első konzultáció előtt. A diagnosztikus munka során az anamnézisben feltárássra kerülnek a családi kapcsolatok, a szociális hálóban megjelenő kapcsolati támogató személyek is a pszichés betegségek vagy lelki problémák mellett. A mentálhigiéné támogató munka multidiszciplináris szinten egy rendszert jelenít meg maga elé a klienssel kapcsolatban, aminek tükrében értelmezi a fizikális elemek mellett a személy szociális, pszichés állapotát. A munka során ehhez rendeljük hozzá az egyént segítő terápiás módokat és feltárjuk a segítő lehetőségeket.

A bentlakásos mozgássérülteket ellátó intézményben kiemelten fontos a többi szakemberrel való kooperáció, vagyis a team munka. Az intézményi ellátási formában tartós ellátásról beszélünk, hosszú távú tervekkel dolgozunk. A célok és a terápia folyamatossága valósul meg, hiszen itt a kliens elérhető, kevésbé jellemző, hogy elutasítja, vagy meg sem jelenik a konzultációkon.

Az előzetes felmérést követi az első konzultáció, ami egy szabadabb, nem-vezérelt „ismerkedés”. Tisztázzuk, hogy mi a mentálhigiénés szakember feladata, mi a szerepe, milyen problémák esetén fordulhat segítségért. Az első konzultáció időtartama maximum 40-50 perc. A mentálhigiénés programok alapfeltétele a titoktartás, így alakulhat ki bizalom a kliens részéről.

A további konzultációk menetében fontos az idő- és tartalmi keretek betartása. A beszélgetéseket az ellátottak napi rendjébe illesztjük. A segítség funkciójánál megkülönböztetünk a pszichés probléma tekintetében, életút-, krízis-, vagy támogató funkciót. Az első konzultációt követően választunk a kezelési lehetőségekből, a kliens mentális és pszichés aktivitása határozza meg a kitűzött célokat és irányvonalakat.

A következő mentálhigiénés programokat különböztetjük meg egymástól:

- rövidtávú célzott tanácsadás, konzultáció, segítő kapcsolat
- szemléletváltás
- intervenció
- krízisállapot
- konfliktuskezelés
- stresszkezelés
- programok (preventív jelleggel)
- életvezetési tanácsadás
- tréning vagy fejlesztő módszerek
- irányítás
- terápia
- interjú
- gyászfeldolgozás segítése

A fenti felsorolásból külön kiemelném a gyászmunka segítségét. A mozgássérültek pszichés támogató munkája során, a tapasztalatok alapján elmondható, hogy szinte minden esetben szükség van a gyászmunka segítésére, hiszen a funkcióvesztés, és az intézményesült ellátás során fellépő otthon elvesztése, a mozgásban akadályozottság gyásza hosszú folyamat, melynek feldolgozása során irányt mutathat egy szakember.

A mentálhigiénés terv tartalmi elemei még a kliens állapotát meghatározó rizikó és protektív tényezők felmérése. A kliens megküzdési készségeinek fejlesztése, a környezeti feltételek feltérképezése. Az önértékelés szintje, az érzelmi intelligencia, a mentális kapcsolat és a társas kapcsolatok megismerése. A mentálhigiénés munka időigényes és komplex feladat. Ezek a fontos tartalmi elemek különböztetik meg egy általános beszélgetéstől.

A mentálhigiénés segítő konzultációk során törekszünk az egyén cselekvőképességének erősítésére.

A belső erőforrások felszínre kerülésével képes legyen saját maga kezelni a helyzetet és megtalálni a kiutat (empowerment). A mentálhigiénés szakember egy világító toronyként segít a megfelelő út megtalálásában. A konzultációk során a szakember feladata, hogy kapcsolati biztonságot adjon a kliens számára, hogy enyhüljön benne a szorongás, szabadabban tudja kifejezni az érzelmeit. Fontos továbbá, hogy a kliens a kialakult helyzetet megértse és elfogadja, amihez idő kell!

A problémák kezelésénél a következő megküzdési stratégiák közül választhatunk:

- problémaközpontú coping: itt maga a helyzet van a középpontban. Hatékony megoldás lehet, ha maga a helyzet/szituáció megváltoztatható, vagy kontrollálható.
- érzelemközpontú coping: itt a kliens érzelmei vannak a középpontban, ezek megváltoztatására törekszünk.

Az intézményi szinten alkalmazott mentálhigiénés módszerek alkalmazásánál felmerül az ellátottak részéről a hospitalizáció problémaköre. A kliensek passzívvá válnak az intézményi forma miatt. Ezek változtatásán is dolgozunk a team munka során komplex programokkal, egyéni és csoportos szinten, hogy az életminőséget szinten tartsuk vagy fejlesszük.

10.4. Szociális szolgáltatás és foglalkoztatás területén alkalmazott módszerek

„Alkotni annyi, mint életet alkotni, és minden alkotás szavakkal kifejezhetetlen valami”¹⁴

Eltérő tapasztalatokkal, eltérő környezetből, és eltérő esztétikai élményekkel érkeznek az intézményekbe az ellátottak. Ézelmi biztonságot nyújtó, esztétikus, derős környezetben kell segíteni egyéniségük kibontakozását, éreztetni velük, hogy mindannyian értékes személyek.

A foglalkozások, ha azt tapasztaljuk, hogy a „régi” (papírhajtogatás, üvegfestés, gipszöntés, színezés) alkotások már nem okoznak örömet, ezekben a tevékenységekben fásultan vesznek részt az ellátottak. Emiatt elmaradozhatnak a foglalkozásról, vagy legalábbis ritkábban járnak, akkor újabbnál újabb ötletek kidolgozásán kell munkálkodni, hogy az érdeklődésüket fenntartsuk, de közben a kreativitásukat is felszínre hozzuk, vagy fejlesszük, hogy ne váljanak „unalmassá” az együtt eltöltött idők.

A mozgássérülttel való foglalkozás során abból kell kiindulnunk, amire képes. Ismernünk kell akadályozottságának jellegét, a cselekvőképesség valószínűsíthető határait.

Mindenekelőtt fontos tisztáznunk, hogy akikkel foglalkozunk, milyen fokú sérülésük van. A mozgásszervi fogyatékoság adott eseteiben fontos annak eldöntése, hogy gyógyítható betegséggel vagy maradandó állapottal, esetleg fokozatosan romló állapothoz vezető betegséggel állunk-e szemben?

A foglalkozások során ellátottaink megtapasztalhatják az alkotás örömét, szívesen járnak a foglalkozásra. Továbbá a foglalkozásoknak köszönhetően életszínvonaluk minősége is javul, mert fejlődik a finommotorikájuk.

„Az ember bárhol is van, csak attól tud tanulni, akit szeret”¹⁵

A foglalkozások során tapasztalhatjuk még, hogy a kreativitásuk is sokat fejlődik, hiszen egyre színesebb, jó ízlésű, egyéni alkotások készülnek, és örömmel, szívesen járnak a foglalkozásra.

De mi is a finommotorika és miért is fontos a fejlesztése?

A finommotorika jelentése: testünk apróbb testrészeinek a finom, koordinált mozgása, főleg az ujjak, a szemek, és a száj finom koordinált mozgása. A motorikus mozgásoknak két fajtája létezik: a nagy motoros és a finom motoros mozgások. A nagy motoros mozgások a kezek, a lábak és egyéb nagyobb testrészek mozgásait foglalják magukban. Ezek olyan műveletekben vesznek részt, mint

¹⁴ https://www.citatum.hu/szerzo/Antoine_de_Saint-Exupery

¹⁵ https://www.citatum.hu/szerzo/Johann_Wolfgang_von_Goethe

például a futás, úszás, mászás. A finommotorika a kisebb, apróbb mozgásokat jelentik, mint amilyenek a csukló, a kéz, az ujjak, a lábfej és a lábujjak végeznek. Olyan kisebb folyamatokban van szerepe, mint például az ujjakkal felvenni, felcsípni egy apróbb tárgyat (tűt, érmét, gombot), az írás vagy éppen a gépelés.¹⁶

¹⁶

<https://napocska.hu/finommotorika/>

11. A mozgásfogyatékos ellátással kapcsolatos felmerülő problémák feltárása, kérdései, tapasztalatai, jogyakorlatai

Tevékenységekbe bevont feladat ellátási helyek megnevezése

- Magyarországi Baptista Egyház Filadelfia Integrált Szociális Intézmény, Idősek Otthona
- Magyarországi Baptista Egyház Gondviselés Háza Idősek Otthona
- Magyarországi Baptista Egyház Emmaus Idősek Otthona
- Baptista Szeretetszolgálat Szeretetotthona

Felmerülő problémák, kérdések a gondozás során:

- 1. kérdés: A különböző fokú és mértékű mozgáskorlátozott ellátottakat szeretnénk érzékenyíteni az egészséges emberek, személyek felé. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?**

Az **érzékenyítés** a befolyásolásra, nevelésre, empátiára és a „normálistól”, a megszokottól való eltérésre, vagyis a másság, a kisebbség, a fogyatékoság elfogadására nevel.

Szituációs feladat során alkalmat kell biztosítani a támogató és támogatott személyeknek egy azon időben egy adott helyszínen, hogy lehetőséget nyújtsunk a fogyatékkal élők és munkavállaló egyének közös szimulációjára. Meghívunk egy mozgáskorlátozott egyént, egy gondozónőt és egy mediátort, aki irányítja az érzékenyítés programját. (Elsőként a fogyatékkal élő meséli el egy napját, majd a gondozónő is ismerteti a napi rutinját, nehézségeit. Majd közös feladatok elvégzésére vegyes csapatokat alakítunk ki, hogy segítsük a kommunikációt és az együttműködést.)

- 2. A mozgáskorlátozott ellátottak gondozását (a napi tevékenységek során) megnehezíti napjaink népbetegsége az internet függőség. Közösségi oldalak vonzásában vannak, teljesen lekötve a számítógép elé, számos esetben elutasítják az étkezést, vagy más gondozási feladatot, mert nem szeretnék abbahagyni az internetezést. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?**

Ilyenkor leginkább a kognitív viselkedés terápia segíthet, amikor a leszokást sikerként élheti meg az ellátott. Új határokat fektetünk le közösen az ellátottal, amit minden nap betartunk. Fontos a rendszeresség és következetesség. Újra építjük a napi ritmust, a játék és internet előtt töltött időt pedig leredukáljuk. Más hasznos időtöltésbe vonjuk be, ilyen lehet a társasjáték, amennyiben lehet és mobilizálható, akkor kirándulások szervezése, ebbe való bevonás. Igaz nagyon nehéz a megszokott, kényelmes helyzetből való kizökkentés, lehet, hogy kicsit erőltetni is kell-volt erre

példa az intézményben, de megéri, mert számtalan élménnyel lesznek gazdagabbak, és esetleg legközelebb is kimozdíthatóvá válik az egyén. Érvelni kell a hasznos időtöltés mellett, hogy ne engedjünk közösen az elláttal, annak a csábításnak, hogy felforgassa a mindennapi életritmusát a függőség.

3. Az érzékelés-észlelés fejlesztése: a saját testtel kapcsolatos ingerek felismerésének és értelmezésének elősegítésére (pl. Széklet,- vizeletürítés, hőmérséklet). Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Alakítsunk ki olyan bizalmi kapcsolatot, ahol nyíltan tudunk beszélni arról, hogy mennyire fontos, hogy megismerje saját teste működését. Figyelje meg bizonyos napszakokban milyen ürítési szokásokkal rendelkezik, amennyiben képes ezeket jegyezze fel. Mit evett, mit, mennyit ivott. Evett-e gyümölcsöt, tejterméket, ezek a készítmények, hogyan hatottak az ürítési folyamatokra. Amennyiben képes vigyen rendszert az ürítési folyamatokba. Minden reggel, vagy kétnaponta segítsük szoba WC-re, vagy olyan WC-re, ahol biztonságban érezheti magát az ellátott, figyelve a megfelelő intimitásra. Saját testtel kapcsolatos ingerek felismerésének és értelmezésének elősegítésére abban támogatjuk, hogy napi ritmust kövessen, és ha bármi eltérőt, szokatlant érez, érzékel, mér, tapasztal, akkor jelezze környezetének, segítőinek.

Felmerülő problémák, kérdések a fizikai ellátás során:

1. A mozgáskorlátozott ellátottak a rendelkezésükre álló erőforrásaikat nem használják ki (a még meglévő képességeiket is hagyják elveszni). Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Nagy hangsúlyt kell fektetni arra, hogy az ellátottak (lehetőség szerint mindenki) valamilyen programon részt vegyenek. Fel kell ajánlani, hogy a tevékenységek bármelyik formáját választhatják. Ez lehet csoportos, vagy egyéni, a cél az, hogy erőforrásaik ki legyenek aknázva. A programok során nagy hangsúlyt fektetünk olyan gyakorlatok végzésére, ahol a meglévő készségek fejlesztése a cél. Fontos a siker élmény, de nem szabad sikerorientálttá tenni, mert a motiváció lényege a hasznos időtöltés és az erőforrások feltárása, kiaknázása.

2. A mozgáskorlátozott ellátottak sokféle segédeszközt használnak, sajnos nem mindig rendeltetés szerint. Ebből adódóan előfordul, hogy önmaguknak, társaiknak és környezetüknek (pl. Vakolat) is kárt okoznak. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

A segédeszközök rendszeres és rendeltetésszerű használata az intézményi ellátás során elkerülhetetlen. Éppen ezért fontos, hogy folyamatosan tájékoztatjuk, oktatjuk, segítjük a

segédeszközök biztonságos használatát az ellátottaink felé. Minden alkalommal elmondjuk számukra, hogy nemcsak a maguk épsége miatt van jelentősége a rendeltetésszerű segédeszköz használatának, hanem társaik, segítők, látogatóik érdekében is mindig körültekintően, felelősségteljesen kell közlekedni.

3. A mozgásukban súlyosan akadályozott lakók testi szükségleteinek kielégítése és jó közérzetük biztosítása sok időt vesz igénybe. Ezeket a szituációkat tovább nehezíti az értelmi funkciók és a beszéd sérülése. Milyen jó gyakorlatokat ismernek, amik ebben tudnak segíteni?

A rendszeresség, a stabilitás egyfajta életritmust, biztonságot segít elő. Éppen ezért fontos, hogy az ellátottal pontosan beszéljük meg, mikor érkezünk hozzá és mennyi időt tudunk rá szánni. A keretek meghatározása és betartása során együttműködés tapasztalható. Építsünk ki megfelelő bizalmi rendszert, éreztessük, hogy bennünk megbízhat, nem hagyjuk magára. Támogassuk abban, hogy amit önmaga el tud végezni, abban nem gátoljuk, hanem segítjük. Beszéd sérülés segítésére ABC-s könyvet használhatunk, illetve a folyamatos szemkontaktus ajánlott.

Felmerülő problémák, kérdések az egészségügyi ellátás során:

1. A mozgáskorlátozottságból adódó egészségügyi, gyakorlati tudnivalók közvetítése életkornak és kognitív állapotnak megfelelően sokszor nehézséget okoz. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?

Fontos, hogy az ellátott értelmi szintjének megfelelően adjunk tájékoztatást az adott egészségügyi problémáról, és megfelelően kommunikáljunk azt. Jó, ha van hozzátartozó, aki bevonható a tájékoztatásba. Egészségügyi problémák feltárása mindig több odafigyelést igényel, a beteg vizsgálata során az anamnézis felvétel és fizikális vizsgálat klasszikus szabályait módosítani kell.

2. A mozgáskorlátozott, felfekvéssel rendelkező ellátott nem tatja be az előírásokat, annak ellenére, hogy ismertette van a felfekvés veszélyeivel kapcsolatban (tehermentesíteni kéne a felfekvési területeket: lehetőleg ne üljön rajta egész nap). Milyen jó gyakorlatot ajánlanak?

Minden esetben fontos az ellátott megnyerése, beleegyezése, együttműködése, hogy megértse sokkal fontosabb a megelőzés, mint a sebkötözés és az ezzel járó fájdalom. Tehát a prevencióra nagy hangsúlyt kell fektetni. Meggyőző kommunikációval, a kényelmi eszközök bemutatásával, újabb eszközök kipróbálásával támogatjuk az állapotromlás esélyét. Elkerülhetetlen a közös kompromisszum megkötése az életminőség javítása érdekében.

3. A mozgáskorlátozott lakók nem szívesen vesznek részt a szűrővizsgálatokon és a prevenciós eljárásokban. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Fontos, hogy az ellátottak értelmi szintjének megfelelően tudjunk tájékoztatást adni az adott egészségügyi szűrővizsgálat lényegéről, fontosságáról, prevenciós jelentőségéről. A megfelelően kommunikált információ csökkenti az ellenállást. *Időnként* jó visszatérni, felajánlani a visszautasított szűrővizsgálat elvégzését, mert a gyakorlat során azt tapasztaltuk, hogy minél többször beszélünk róla, annál jobban megértik a vizsgálat hasznosságát és már nem kelt bennük szorongást, félelmet. Jó, ha van hozzátartozó, aki bevonható a tájékoztatásba, de a tapasztalataink szerint nagy mértékben segít az is, ha egy-egy társuk elmondja, hogy neki milyen élmény volt az adott vizsgálaton való részvétel.

4. A lakók mozgáskorlátozottságukból adódóan fizikailag nem fáradnak ki, ezért éjszakai alvásuk nem kielégítő. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

A kevés nappali mozgás, az aktivitás csökkenése, a monotónia, az izoláció mind hozzájárulnak ahhoz, hogy a test úgy érzi, nincs szüksége annyi alvásra. Az alvászavarok kezelésében az altatószerek semmiképpen nem jelenthetnek hosszú távú megoldást, felelőtlen és korlátlan használatuk pedig többet árt, mint használ. Mindenképpen csak orvosi utasításra szedhetők, tartózkodjunk tehát az "öngyógyszerezéstől". Már egészen kis és különböző életmódbeli változtatásokkal sokat tehetünk a probléma megoldásában. Rendszeres testmozgással (csoport, vagy egyéni torna), a lefekvéssel kapcsolatos szokásrendszer kialakításával, a megfelelő környezet biztosításával már kiküszöbölhető az alvászavara. Segít a napközbeni (délutáni) szunyókálás idejének lecsökkentése, azaz húsz percnél többet ne töltsenek. Az étkezések (esti) bevitelének mennyiségi korlátozásával is hatékonyabbá tudjuk tenni az könnyebb elalvást. A kevés nappali fényinger szintén befolyásoló tényező. A napfény a test cirkadián ritmusának megfelelő működésében segít. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy napi két órát kellene természetes fényben tartózkodnunk ahhoz, hogy "segítsük a testünket", hogy tudja, mikor van itt a lefekvés/felkelés ideje. Továbbá pár apró praktikát is alkalmazhatunk, mint például az elalvás előtti szellőztetés, a kényelmes, pamut ruházat, az optimális testhelyzet felvétele, megtartása. Természetesen nagy hangsúlyt kell fektetni arra, hogy napközben hasznos időtöltés legyen biztosítva.

5 A mozgáskorlátozott ellátott diétáját nem, vagy csak igen nehezen tartja (ez az egy öröme van; az evés). Milyen jó gyakorlatot ajánlanak?

Fontos, hogy az ellátottak értelmi szintjének megfelelően tudjunk tájékoztatást a diéta fontosságáról, egészségügyi lényegéről, prevenciós jelentőségéről. Ezért jó gyakorlatnak tartjuk, ha

havi keretek között az egészségmegőrzés céljából egészségnapokat szervezünk. A helyes táplálkozás alapja, hogy a tápanyagokat a megfelelő arányban vigyük be a szervezetbe, ebben tud segíteni a dietetikus. Így gyakran hívunk dietetikust, mert ők hitelesen és szakértelemmel tudnak információt adni egy-egy betegségről és ahhoz kapcsolódó diétáról. Ilyen alkalmakkor lehetőséget kell biztosítani, hogy az ellátottak kérdést tehessenek fel, illetve probléma felvetésekkel élhessenek.

Felmerülő problémák, kérdések a mozgásterápia során:

1, Alsóvégtagi izomspazmussal rendelkező mozgáskorlátozott beteg nem vesz részt rendszeresen a mozgásterápián, pedig az izmok lazításával, a mozgásterjedelem növelésével könnyebben tudna önállóan mozogni. Milyen jógyakorlatot ajánlanak?

A fizioterápia, fizikoterápia segítségével, például elektroterápiás készülék használatával, masszázssal vagy gyógyfürdő alkalmazásával, az egyén tünetei enyhülhetnek, fájdalma csökken, izmai lazulnak, mozgásterjedelme nő. Ezáltal könnyebben lesz bevonható a mozgásterápiába. Érdemes a mozgásterápiát kiegészíteni olyan jellegű foglalkozásokkal, melyek az ellátott érdeklődési körének megfelelőek, illetve játékos feladatokkal is, melyek az átmozgatást célozzák meg.

2. Sok esetben mozgáskorlátozott lakóink túlsúlyosak. Ebből eredően az önálló mozgásuk egyre lassúbb, nehezebb. Sok esetben a fokozott terhelésnek kitett ízületeik fájnak. Egyre nehezebben szánják rá magukat azokra a mindennapi tevékenységekre (kerekszékre való átülés) amiket meg tudnának csinálni és egyre nehezebb bevonni őket a mozgásterápiába. Pedig tájékoztatva lettek a problémaköréről. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

A testsúly növekedése sok problémát okozhat a mozgáskorlátozottak életében. Tapasztalataink alapján ajánlott havonta testsúlymérést végezni az ellátottnál. Ilyenkor szembesíthetők a mérleg által mutatott értékekkel. Célszerű átbeszélni a változásokat és közösen megfogalmazni a célokat.

Kis mértékű hízás esetén elég lehet apróbb változtatásokat tenni az ellátott étkezésében. Megkérni a hozzátartozókat például, hogy keksz és egyéb nassolni való helyett inkább gyümölcsöt hozzanak. Sok esetben segíthet, ha vacsorára joghurtot, kefirt fogyasztanak. Ha ennél többet kell tenni, akkor mindezek mellett alkalmazható még a mozgásterápia, csoporttorna, mobilizálás. Ha a csoporttornát szívesebbé tesszük egy kis szójátékkal, vetélkedővel akkor szívesebben vesznek benne részt.

3. Végtagprotetizált lakónk nem hajlandó használni művégtagját állás, járás közben, pedig azzal segédeszköz használata mellett önállóan járóképes lenne. Inkább ül a kerekesszékekben, mert azzal gyorsabban és kevesebb fáradsággal tudja elérni úti célját. Ennek hatására kontrakturák jelennek meg az alsó végtagon, a tartása is romlik. Milyen jógyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?

Tapasztalataink alapján érdemes rehabilitációs szakembert bevonni ilyen esetekben a gondozásba. Akitől olyan technikákat sajátíthat el a kliens melyek segíthetik az önállóság érzetét. Megoldás lehet a gondozott ortopédiai szakvizsgálata, ahol szakember ismerteti a segédeszközök fajtáját, a választási lehetőségeket. A segédeszközöket egyedi kérelem alapján személyre „szabják”, alakítják. Minden évben egy pár kedveszményes gyógycipőt is lehet vásárolni, ami szintén hozzájárul a megfelelő mozgás biztosításához. Korszerű, könnyű művégtagok is rendelkezésre állnak. Ezek használatának betanításához gyógytornászt érdemes bevonni, így biztonságos környezetben tanulhatják meg az önállóság szabadságát. Mindezekkel a lehetőségekkel lehet támogatni a gondozottat, hogy ne jusson el abba az állapotba, amikor lemond a saját lábán való közlekedésről.

4. A mozgáskorlátozottak nagy részét érinti a finommotorikus mozgások károsodása. Nehezebben boldogulnak mindennapi tevékenységeik során (öltözködés, étkezés). Nagyon fontos lenne a fejlesztése. Milyen jógyakorlatot tudnánk alkalmazni?

A finommotorika fejlesztése különösen fontos az ellátottak életminőségének fejlesztése során. A mozgásterápiás kezeléseket, amik célzottan a funkciók gyakorlására, minél tökéletesebb kivitelezésére fókuszálna, fontos kiegészíteni olyan tevékenységekkel amiket a gondozottak lelkesen, önként csinálnak. Legyen az téstagyúrás, gyöngyfüzés, magokkal képragasztás. Ezekkel az örömet okozó, különböző alkalmakra, ajándékozássra készített alkotásokkal észrevétlenül javíthatunk a finommotorikus mozgásokon.

Felmerülő problémák, kérdések a mentális gondozás során:

1. Pszichiátriai gondozás alatt álló mozgáskorlátozott ellátott lelki problémáinak kezelésében, hogyan tudok segítséget nyújtani, kihez tudok fordulni, ha a probléma túllépi a kompetencia határait? Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni ilyenkor?

A lelki problémák feltárása, megismerése nagyon fontos, annak érdekében, hogy az ellátott megfelelő jólétnek örvendjen. A pszichés gondozás során nagy szerepe van a lelkészek munkájának is, a lelki problémák feltárásában, akár megoldásában is. Jó a kapcsolatunk különböző egyházak, felekezetek lelkészeivel, akik szívesen látogatják a gyülekezeti tagokat és lelki támaszt nyújtanak.

Várjuk a visszajelzéseket a problémák felől és közösen oldjuk meg az adott nehézséget, amennyiben a lehetőségek adottak. Például egy esetben; egy ellátott testvérpárnak, akik sokat segítenek az intézmény körüli apró feladatokban, nagyon nagy teher, hogy egy évben egyszer tudnak csak találkozni az édesapjukkal, aki idős otthonban él. Nyaranta már érezhető rajtuk a növekvő feszültség, az aggodalom, hogy nyílik-e erre lehetőségük. A támogató beszélgetés, a megnyugtató nagy jelentőséggel bír. Ebből is látható, hogy nem minden esetben segítség a lelkesítő támogatás, ebben az esetben a munkaterápia vált hasznos megoldásnak a feszültség levezetésében. Hiszen minden ember egyedi és a problémái is egyedi, ezért fontos az életút megismerése, hogy tudjuk, kinek mi és ki segíthet adekvát módon.

2. Különböző fokú és mértékű mozgáskorlátozott lakók szexuális vágyainak kiteljesedésére szeretnék jó gyakorlatot kérni. Hogyan lehet orvosolni ezt a helyzetet?

Tapasztalataink azt mutatják, hogy a kérdéskör legfőképpen a fiatal vagy középkorú, aktív életet élő ellátottak esetében merül fel. Ebben az helyzetben, elsősorban mérlegeljük az ellátott kérését az értelmi képesség és a belátó képesség figyelembevételével. Majd szükség esetén elbeszélgetünk a gondozott személlyel a biztonságos szexuális együttlét fogalmairól és tanácsadási lehetőséget biztosítunk. A szexuális együttlét megvalósulása érdekében igyekszünk, lehetőség szerint, intim és nyugodt környezetet biztosítani. Az esetleges szobatársat megkérjük, hogy vegye figyelembe lakótársa kérését és abban az időintervallumban ne tartózkodjon a lakószobában.

3. Izolált, magányos mozgáskorlátozott lakók intézményen kívüli társas kapcsolatainak kialakítására, ismerkedési lehetőségeinek feltárására szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Az internet világát éljük, ahol már a fiattól az idősebb generáción át, szinte mindenki használ olyan eszközöket, aminek a segítségével kitárulhat a világ. Valós találkozásokra akkor nyílik lehetőség, ha az intézmény tudja hozzá biztosítani a feltételeket, ilyen például a mozgáskorlátozott személy szállítására alkalmas jármű, olyan helyszín kiválasztása, amely akadálymentes. Ilyen helyek lehetnek a könyvtárak, cukrászdák. A különböző intézmények és egységek kötött együttműködés van, nagyon sok ellátási területtel állunk kapcsolatban, így nyílik lehetőség az intézményeinkben élők közötti ismerkedésre, kikapcsolódásra.

4. Mozgáskorlátozott ellátottak közti éles konfliktus megoldásának segítésére szeretnék jó gyakorlatot kérni.

A jó gyakorlat során Irinyi Tamás Pszichiátriai szakápolástan című könyvéből merítettünk.

Miszerint éles konfliktus esetén fontos a megfelelő biztonság kialakítása, a légkör, amelyben tudunk hatni az ellátottakra. Mindig megfelelő számú személyzet legyen jelen egy konfliktus helyzet

megoldásánál. Egyedül ne maradjunk a konfliktusban lévő elláttal. Távolítsuk el a szobából azokat az eszközöket, amelyekkel kárt tehetnek egymásban, önmagukban. Viselkedésünk legyen kiszámítható, természetes, kommunikációnk következetes, határozott, de indulatoktól mentes legyen.

Fontos, hogy elnyerjük a gondozott személy bizalmát, fókuszálva a problémájára, megérteni helyzetét, ezáltal csökkentve a kialakult feszültséget. Itt fontos szerepet kap az ellátott aktív meghallgatása, amely során:

Figyelmesen hallgassuk meg a gondozottat, ismerjük meg a problémáját (kínáljuk helyet)

Ne szakítsuk félbe.

Adjunk figyelmünket tükröző visszajelzéseket (Visszakérdezés más szavakkal, bólintás, egy-két szavas válaszok)

Ne adjunk tanácsokat.

Kommunikációnk alatt kerüljük a „miért” jellegű kérdéseket. (Miért csinálta ezt? Miért viselkedik így?) Az ilyen jellegű kérdések az ellátott haragját feltűzelhetik, azt az érzetet okozva, hogy a segítő személyzet nem megértő problémájával, ez további feszültség kialakításához vezethet. Továbbá kerülni kell az úgynevezett „kommunikáció gyilkos” szituációkat, amely a kezelőszemélyzet kedvezőtlen magatartásának következtében negatív hatást gyakorolnak a betegre. Ezek lehetnek:

- Az ellátott tegezése
- Rendre utasítása
- Problémájának bagatellizálása
- Erkölcsi kioktatása
- Kritizálása
- Ítékezés a gondozott személy felett

Kommunikációnk alatt mindvégig maradjunk empátikusak, az emberi méltóság teljes körű figyelembevételével. Folyamatosan kommunikáljunk a klienssel, nyitott kérdéseket használva. Így az ellátott nem tud igen-nemmel válaszolni, mondanivalóját bővebben kell kifejezni.

- Megértem, hogy zaklatott. Kérem, foglaljon helyet. Hogyan tudnánk segíteni Önnek?

Kérem, mondja el mi okozta a kialakult helyzetet?”

5. Visszatérő szuicid gondolatoktól terhelt mozgáskorlátozott lakót hogyan tudom érdemben kimozdítani az állapotából? Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?

Az öngyilkos nem meghalni akar, hanem adott módon élni már nem képes. Hangsúlyozzuk, tudatosítsuk a pozitív élményeket! A múltbéli pozitív tapasztalatok magabiztosságot

eredményezhetnek. Ne éljünk nyomásgyakorlással, kényszerrel az egyre jobb teljesítmény érdekében! Kerüljük a szélsőséges perfekcionizmust! Az ellátottak iránti szeretetünket ne csak szóban, hanem tettekkel is közvetítsük, ezzel is megerősítve a kapcsolatunkat! Ne csak elfogadással, de kedves szavakkal is próbáljuk megnyerni a gondozott személy bizalmát! Amíg a szimpátia negatív, addig az empátia pozitív hatással van az önértékelésre, mivel ilyenkor nem ítélkezünk mások felett.

Sokat segít a kommunikáció, az érzelmek feltárása, a személyzet oktatása, a gyógyszerelési szabályok betartása. Fontos, hogy ismerjük az ellátottat, tudjuk az ő gondolatait, napi küzdelmeit. Volt-e a kórelőzményben hasonló szituáció. Ünnepek alkalmával fokozottan figyeljünk a gondozott személyekre, mert ilyenkor a családtag nélküli ellátottak érzelmileg instabillá válhatnak. Fokozott figyelmet kell fordítanunk ezekben az időszakokban az ellátottakra, karácsony, húsvét, anyák napja, de akár a saját születésnapjuk, vagy közeli hozzátartozó elvesztésének dátuma környékén, halottak napjakor. Szorosabb lelki támaszra van ilyenkor szükség.

6. Társas kapcsolatokat és a közösségi életet romboló, többi lakó feszültségét generáló mozgáskorlátozott ellátott viselkedését, hogyan tudom kedvezően befolyásolni? Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Szembesíteni szoktuk a problémával az ellátottat, hogy ő sajnos zavarja lakótársait, ilyenkor a figyelem rá irányul. Tapasztalataink alapján a környezetváltozás szokott némileg enyhíteni a helyzeten, illetve a hozzátartozót is be szoktuk vonni a probléma kezelésébe. Sajnos a probléma csak rövid időig szokott szünetelni, mert ez számos esetben azért személyfüggő.

Sokat segít a napi kommunikáció az ellátottal, tudja elmondani mi az, ami őt bántja. Törekszünk arra, hogy megértse, nekünk mi a szándékunk, és hogy mi a lakóközösség kérését tolmácsoljuk felé, és kérjük az ő segítségét, együttműködését.

Az antiszociális gondozott személyekkel kapcsolatosan fontos, hogy a személyzet a házirendet egységesen tartsa, tartassa be. A személyzet a viselkedésével ne provokálja a konfliktust, a korlátozások betartása ne büntetés céljából történjen. Az ott dolgozó szakemberek magatartása ilyen lakóval kapcsolatosan legyen nyugodt, indulatmentes, megfontolt.

7. Hogyan tudom megóvni az enyhe fokban sérült (részben önellátó, esetleg enyhe értelmi funkcióval rendelkező) mozgáskorlátozott lakókat, hogy más ellátottak ne használják ki őket a túlzott terheléssel, sok kéréssel, állandó segítségkéréssel. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Olyan szobatársakat kell lehetőség szerint összeválogatni, akik szívesen segítenek egymásnak, de a határok tisztázottak és le vannak fektetve, hogy miben kér segítséget az illető. Ezekre a határookra

hívjuk fel a figyelmet, és fontos, hogy mindkét félnek legyen „én” ideje is! Illetve felhatalmazzuk azt a személyt, aki segít a másik embernek, hogy akkor, amikor már teher számára bátran szóljon, és újra rajzoljuk a határokat. Így tisztázottak a kompetenciák, és nem születnek félre értések.

8. Szerzett mozgáskorlátozottság esetén, hogyan tudom segíteni a trauma/veszteségélmény feldolgozását. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?

A jóléti társadalom félelmetes krízise a súlyos betegség: mindenkit egyformán érinthet, nemtől, kortól és társadalmi státusztól függetlenül. Egyveszélyes, bizonytalan kimenetelű, az életkörülményt befolyásoló betegség sokkoló élmény, megváltoztatja lelkivilágunkat, életszemléletünket. Elveszítjük a testi sérthetetlenségbe, egészségbe vetett bizalmunkat és addigi szociális szerepkörünk is gyökeresen megváltozik: az ellátott szerepkörébe kényszerülünk. A kliens kiszolgáltatott az orvosoknak, a környezetének, a fájdalomnak, saját testének. Halálfélelemmel, bizonytalanság-érzéssel, kiszolgáltatottsággal, szorongással és szégyennel társul a betegszerep. A fiatalság és a szépség, az egészség, a produktivitás értékrendjének korában az ellátott személy értéke lecsökken a munkaerőpiacon, és gyakran a családban is. Ezért titkolják és szégyellik is sokan betegségüket. Ami támogató lehet és segítheti a veszteség élményét:

- Érzékenyítő beszélgetés, tapasztalatok megosztása betegségről
- Páros megbeszélés: gondolatok megosztása arról, hogyan törődünk beteg szeretteinkkel
- Megbeszélés nagycsoportban
- Nagycsoportos megbeszélés az emberi méltóságról és a szerzett mozgáskorlátozottsághoz fűződő érzésekről
- Kiscsoportos munkaforma: hogyan nyújtunk segítséget a krízisben lévő részére?
- Gondolatok megosztása nagycsoportban
- A megfelelő támogatásról való biztatás, meggyőzés
- Olyan kapcsolattartó személyek megnevezése, akikhez bátran fordulhat, nehézség esetén
- Prezentációval kísért előadás, amelyet nagycsoportos megbeszélés követ
- Kisfilmek megtekintése¹⁷

Felmerülő problémák, kérdések a szociális ellátás, segítségnyújtás során:

1. Alacsony jövedelemmel rendelkező, súlyosan mozgáskorlátozott személy jogi kérdéseivel kihez tud fordulni, honnan kap segítséget? Erre szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Úgy tudunk gondozottjainknak segíteni, hogy az intézményben dolgozó szociális ügyintézőhöz fordulhatnak, és ő javasolhat olyan lehetőségeket a jogi kérdésekkel kapcsolatosan, hogy kihez tud fordulni, illetve segítséget nyújt a hivatalos levél megfogalmazásában. Intézménnyel kapcsolatos panasszal az ellátott jogi képviselőhöz fordulhatnak, akinek az elérhetősége ki van függesztve az

¹⁷

http://fittbekes.hu/wpcontent/uploads/2015/12/615_0007_II_Kriziskezeles_modszertan.pdf

intézményben. Az alábbi honlapokon is lehet segítséget kérni, azoknak az ellátottaknak, akiknek van internet elérhetősége.

<https://tasz.hu/temaink/audience/fogyatekossaggal-elok>

<https://www.jogpontok.hu/Index.aspx?MN=JogsegelyTelefonos>

2. Mozgáskorlátozott ellátásával foglalkozó nyitott csoportok, szakmai összefogásával kapcsolatos információk, elérhetőségek felderítésével kapcsolatban szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Mozgáskorlátozott személyeket országos és helyi szervezetek segítik, ilyen például a Baranyában is jelentős taglétszámmal működő MEOSZ mely az egyik legrégebbi civil szervezet. Minden megyében működik egyesületük, vannak megyék ahol több is. Bárki aki mozgássérült, tagja lehet az egyesületüknek. Az egyesületek a tagsággal való közvetlen kapcsolattartásra helyi csoportokat hoztak létre, és ezek a csoportok lefedik az ország egész területét.

Szolgáltatásaik közé tartozik többek között a:

- jogi, ügyintézési tanácsadás és segítségnyújtás,
- munkaerő-piaci szolgáltatás,
- segédeszköz-kölcsönzés,
- szabadidős, kulturális, közösségi programok szervezése,
- üdülés,
- érzékenyítés, társadalmi szemléletformálás,
- támogató szolgálat,
- sorstársi tanácsadó szolgálat.

Jó gyakorlatnak tartjuk, ha ezekkel a szervezetekkel is kapcsolatot tudunk tartani, hogy segíthessék mozgáskorlátozott gondozottjainkat.

<http://www.meosz.hu/>

Felmerülő problémák, kérdések a kreatív foglalkoztatás során:

1. Alacsony jövedelemmel rendelkező, beszédében és mozgásában súlyosan korlátozott személy kommunikációjának fejlesztésére szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Tapasztalataink szerint fontos lehet logopédus szakember bevonása, persze ha van rá lehetőség, de intézményi keretek között is segíthetjük korlátozott kommunikációval rendelkező lakóinkat. Jó gyakorlatnak tartjuk a pedagógiai módszereket, hasonlóan az iskolás gyerekek oktatásához. Közben fejleszteniünk kell a memóriát, és a figyelmet is. A fő feladat a beszédében akadályozott ellátottunkat hozzásegíteni ahhoz, hogy a rendelkezésére álló képességeit a legjobban kihasználva képes legyen kommunikálni. A kommunikáció fejlesztése során törekednünk kell arra, hogy az ellátott aktívan, és szívesen vegyen részt ezeken a foglalkozásokon. Ezért olyan játékokat keresünk számukra, amiben örömet lelnek és úgy fejlesztjük a kommunikációját, hogy észre sem veszik.

Jó gyakorlat lehet a játék által:

- a beszédtechnika fejlesztése,
- az egyéni kommunikációt segítő testhelyzetek megtanítása, melyek lehetővé teszik a mély belégzést és a szabad kilégzést,
- a beszédszervek izomcsoportjainak fejlesztése,
- az arc-mimika szabályozása

A beszédterápiát általában jó, ha logopédus kezdi, de a team minden tagja ugyanazon módszert alkalmazza, követi a tanácsokat.

Néhány kommunikációt fejlesztő játék vagy gyakorlat:

Ismételje el más szavakkal

Fejlesztő hatás: A kommunikációs készségek fejlesztése. De a szókincset is fejleszti, és az érzelmek kifejezéseit is gazdagítja.

Életkori ajánlás: Minden korosztály számára ajánlott.

Csoportvezetői gyakorlat: A gyakorlat nem igényel különösebb csoportvezetői gyakorlatot.

Idői keretek: 10-20 perc

Eszközigény: nincs

A játék leírása: A csoport körben ül. A csoportból valaki elmond egy tetszőleges rövid történetet. A mellette ülő ugyanezt a történetet más szavakkal ismétli meg, a kikötés az, hogy közben egyetlen

egy azonos szó sem használható fel. Aki téveszt, annak kétszer kell történetet ismételnie. Addig játsszuk, amíg mindenki egyszer mesélő és ismétlő is lesz (Bagdy, Telkes, 1990).

Ki zörget?

Fejlesztő hatás: A nem verbális jelzések használatának és felismerésének fejlesztése.

Életkori ajánlás: Mindhárom korosztálynál nyugodtan használható.

Csoportvezetői gyakorlat: nem igényel különösebb csoportvezetői gyakorlatot

Idői keretek: 20-30 perc

Eszközigény: Egy ajtó

A játék leírása: Valaki kimegy a teremből, a többiek körben ülnek. Aki kiment, elképzel valakit vagy valamit, és zörgetésével, kopogtatásával igyekszik kifejezni kire gondolt. Bejön, leül, és a többiek elmondják, mit gondolnak ki mire gondolt, kit akar megjeleníteni a zörgető. Végül a zörgető is elmondja, kit és mit próbált megjeleníteni valójában.

Egyéb megjegyzések: Fontos, hogy a zörgető mondja el utoljára, mit akart kifejezni (Benedek, 1992).

Szinkronizálás

Fejlesztő hatás: Részint a nem verbális kommunikáció, részint az empátiás készség fejlesztése

Életkori ajánlás: Mindhárom korosztálynál nyugodtan használható.

Csoportvezetői gyakorlat: nem igényel különösebb csoportvezetői gyakorlatot

Idői keretek: 20-30 perc

Eszközigény: nincs

A játék leírása: Páros játék. A párok egyik fele, csupán nem verbálisan fejezheti ki magát, gesztusokkal, mimikával, mozdulatokkal, stb. A párok másik fele beszél helyette, szinkronizálja a másik mozdulatait. Később cserélnek. A játék fordítva is elképzelhető: ebben az esetben nem a beszélő követi a „képet”, hanem az ő - mozdulatlanul előadott- mondanivalóját illusztrálja, fejezi ki nem verbálisan a másik fél (Benedek, 1992).

Tolmács-játék

Fejlesztő hatás: A kommunikáció, különösen a verbális kommunikáció mélyebb jelentéstartalmának felismerése, és annak bemutatása, mennyire könnyű félreérteni egymás verbális kommunikációját.

Életkori ajánlás: idősebb serdülőknek és felnőtteknek ajánlott.

Csoportvezetői gyakorlat: komolyabb csoportvezetői gyakorlatot, mélyebb pszichológiai ismereteket igényel.

Idői keretek: 30-45 perc

Eszközigény: nincs

A játék leírása: A játékosok körben ülnek. Az egyik játékos lesz az interjúalany, egy másik a tolmács. A többi játékos a kérdező lesz. Az interjúalanynak bárki fel tehet kérdéseket, de csak a tolmácson keresztül: A tolmács interpretálja, „lefordítja a kérdést”, vagyis közli az interjúalannal, hogy a kérdező, mit is akart valójában kérdezni. (Mármint a tolmács szerint.) Az interjúalany válaszát is a tolmács ugyanezen a módon „lefordítja”. A kérdezők és az interjú alany közvetlenül nem beszélhet egymással csakis a tolmács segítségével. Több játékos is kipróbálhatja, mind a tolmács, mind az interjúalany szerepét. A végén megbeszéljük, milyen élmény volt, az, hogy nem azt mondom, amit akarok, illetve az, hogy amit mondok, azt mások teljesen máshogy értelmezhetik (Benedek, 1992).

2. Mozgásában súlyosan akadályozott személy (jó értelmi képességekkel rendelkező) foglalkoztatására szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Az a véleményünk, hogy a hatékony foglalkoztatáshoz elengedhetetlen a bizalom és a jó kontaktus. Ismernünk kell az ellátottunk szellemi, szociális, és testi problémáit.

A jó gyakorlatunk során a képességek megőrzésének érdekében használjuk a részképesség fejlesztő gyakorlatokat. Ilyenek pl. vizuális észlelés és figyelemfejlesztés, vizuális emlékezet, vizuális szeriális emlékezet, verbális emlékezet fejlesztése, kognitív képességek fejlesztése, taktilis észlelésfejlesztés, finommotorika fejlesztése, beszéd és gondolkodás, beszédmotorika, testséma és téri-orientáció fejlesztése, időbeli tájékozódás fejlesztése, ritmusfejlesztés.

Úgy vettük észre, hogyha ezeket a gyakorlatokat csoportosan végeztük, akkor pozitív hatást értünk el. Példaként említem: Vizuális észlelés és figyelemfejlesztésre – Látok valamit: A feladat lényege a látás utáni tapasztalás.

A játékvezető kitesz az asztalra tárgyakat. Jól megnézik a játékosok, majd letakarja azokat. Ezután mond a játékvezető néhány jellemző tulajdonságot. Aki kitalálja mely tárgyra gondolt, az lesz a játékvezető.

Jó szívvel ajánljuk a „Gyakorlatok a részképességek fejlesztésére – segédanyagot, mely sok hasznos ötletet tartalmaz.

file:///C:/Users/menta/Desktop/menthal/kognitiv%20gyakorlatok.pdf

De vannak olyan ellátottjaink, akik szívesen olvasnak fel egymásnak is akár. Ezek az alkalmak erősítik a személyes kapcsolatot, napra készséget, tájékozottságot. Egyfajta szolgálattal élnek egymás felé.

3. Heterogén csoport (értelmi képességek, mentális állapot, mozgáskorlátozottság típusa) foglalkoztatásához kérnék jó gyakorlatot.

Fontos, hogy mindenki a saját képessége szerint vegyen részt a foglalkozásokon, egymást kiegészítve, segítve. Jó gyakorlatunk során azt tapasztaltuk, hogy a közös filmezés, majd az élmények feldolgozása, közösen kinek mi tetszett a filmből, jelentősen hozzájárult, hogy mentális állapotuk jobb legyen. Szituációs gyakorlatok játszása, mindenki a saját szintjének megfelelően.

Bevált játékot ajánlanánk a heterogén csoportoknak, mely nagy közkedveltséget élvez.

Csoportban 10-12 fővel lehet játszani. A játék neve: Elfe Raus – kártyajáték

Mindenki 6 lapot kap, a megmaradt lapokat folyamatosan adja az osztó, ha nem tud tenni. Ha a pakli elfogyott, a játékos nem tesz, átadja a következőnek a lehetőséget, de ha van, lapja nem passzolhat tennie, kell.

4 különböző színű 11-el kezdünk, a kártyalap közepén osztott, sorban tehetjük a lapokat. A 11-es felső részére növekvő sorrendben kell tenni a számokat 21-ig, az alsó részére csökkenő értékben tesszük a lapokat 1-ig. Az nyer, akinek hamarabb elfogy a lapja.

4. Szenvedélybetegségben szenvedő mozgáskorlátozott ellátottak foglalkoztatásához szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Azt tapasztaltuk, hogy a kreatív foglalkozások, zeneterápia, biblioterápia (irodalmi művek kiválasztása, majd feldolgozása), színjátszás, közös éneklés jó hatással vannak gondozottjainkra. Szituációs játékok alkalmazása, pl. vásárlás, főzés. Ezeket a lehetőségeket felajánljuk gondozottjainknak és persze a részvétel sohasem sem kötelező, de meggyőzéssel, motiválással sikeresek lehetünk.

A jó gyakorlat során fontos a készségfejlesztés:

- Életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése,
- Az önellátásra való képesség javítása és fenntartása;
- Kommunikációs készség fejlesztése
- Asszertivitást fejlesztő tréningek szervezése vagy közvetítése
- A visszaesés megelőzése, a visszautasítás készségeinek kialakítása, fejlesztése
- Stresszkezelés

5. Nehezen motiválható mozgáskorlátozott ellátott foglalkoztatásához szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Az tapasztaltuk, hogy a foglalkoztatásba való bevonás nem könnyű feladat. Fontos, hogy a beköltözés napjától kezdve, vagy már az előgondozás folyamatában essen szó a lehetőségekről, amik tartalommal tölthetik meg a mindennapokat. Olyan közösségi tereink vannak, ahová a mozgáskorlátozottak akadály nélkül eljuthatnak. Jó, ha a gondozási anamnézis felvételekor fény derül az érdeklődési körre. Ennek megfelelően építjük fel közösen a lakóval a foglalkoztatási tervet, ahol az egyedi igényeket is figyelembe vesszük. Volt olyan ellátottunk, aki csak tévé nézés céljából érkezett a foglalkoztatás helyszínére, ő csak megfigyelte az eseményeket távolról. Majd egyre közelebb került a foglalkoztatáson résztvevőkhöz, látta, hogy hasznos dolgok készülnek, kis kedvesség, pici ajándék, amit a családtagoknak adhatnak, így ő is kipróbálta önmagát.

6. Mozgásukban akadályozott ellátottak sportolási lehetőségeinek felkutatásához honnan meríthetek segítséget, milyen források, információs anyagok vannak? Ehhez szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Tudomásunk szerint a MERI Sportnap a mozgáskorlátozott emberek sportágválasztója, az egyetlen olyan esemény az országban, ahol közel az összes, mozgássérültek által űzhető sportot – köztük a paralimpiai sportágakat is – szakmai segítséggel lehet kipróbálni egy helyen, egy időben.

Az évente megrendezett esemény a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ) és Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) közös programjaként indult 2008-ban, a programot kezdetektől támogatta a Magyar Paralimpiai Bizottság. 2017-től a szervezésben részt vesz a Fogyatékosok Országos Diák- és Szabadidősport Szövetsége is (FODISZ).

A fentiekén felül a program célja, hogy:

- a mozgáskorlátozott fiatalokban felkelteni az igényt a mozgásra, a testedzésre;
- bemutatásra kerülnek a különböző paralimpiai és egyéb sportágak, melyek nem csak versenyszerűen űzhetőek,
- a mozgáskorlátozott emberek rehabilitációjában részt vevő szakemberek szakmai ismereteinek, gyakorlatának bővítésére is sor kerül,
- ép és mozgássérült résztvevők és önkéntesek bevonásával az integráció elősegítése is a cél.

A rendezvény helyszíne az OORI, ahol a különböző okok miatt (pl. baleset, betegség) mozgáskorlátozottá vált emberek rehabilitációja zajlik. A helyszín teljesen akadálymentes.

Ez a rendezvény fogad önkénteseket is, itt lehet szakmai tapasztalatot gyűjteni, munkánk során alkalmazni a megszerzett tudást.

Sajnos ez egy évben egyszer kerül megrendezésre, esetleg megyei ilyen napokat is lehetne szervezni, ahol szakemberek segítségével tapasztalatot szerezhethénk.

12. Érdekvédelem

A rendszerváltozás után az 1993. évi III. törvény rendelkezik a szociális ellátás ujja alakított rendszeréről.¹⁸ A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról az 1998. évi XXVI. törvény szól, mely kimondja, hogy "a fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai, akik a mindenkit megillető jogokkal és lehetőségekkel csak jelentős nehézségek árán vagy egyáltalán nem képesek élni. A fogyatékos emberek hátrányainak enyhítése, esélyegyenlőségük megalapozása, illetve a társadalom szemléletmódjának alakítása érdekében az Országgyűlés összhangban az Alkotmánnyal és a nemzetközi jog által általánosan elismert szabályaival - a következő törvényt alkotja.¹⁹ 1981-ben hozták létre a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetségét (MEOSZ), mely megyei szervezetek önszerveződéséből nőtte ki magát. Az Intézményekben élő mozgáskorlátozottak érdekvédelmét a többször módosított 1993 évi III. törvény szabályozza.

Az Érdekképviselői Fórum a bentlakásos intézményekben élők jogainak, érdekeinek érvényesülését hivatott elősegíteni, és a házirend mellékletében meghatározott feltételekkel működik.

Az Érdekképviselői Fórum működésének jogai és szabályai:

Véleményezési jog: Az előzetes véleményezési jog az intézmény vezetője által elkészített, összeállított olyan dokumentumokra terjed ki, mely az intézményi ellátottakkal, valamint az intézmény belső életével kapcsolatosak (éves munkaterv, szakmai program, házirend és az ellátottakra vonatkozó tájékoztatók).

Döntési/tárgyalási és kezdeményezési jog: a szociális ellátásra jogosult és hozzátartozója, valamint a jogosult jogait és érdekeit képviselő társadalmi szervezet panasszal élhet Érdekképviselői Fórumnál.

Panasz esetén az Érdekképviselői Fórum vezetője összehívja az Érdekképviselői Fórum tagjait, és a panasz kivizsgálását elvégzik, majd szavazással döntenek. Az Érdekképviselői Fórum működésének feltételeiről az intézmény vezetője gondoskodik. Az Érdekképviselői Fórum szükség szerint, de évente legalább egy alkalommal ülésezik. Az Érdekképviselői Fórum határozatképes, ha tagjainak több mint a fele jelen van. Döntéseit egyszerű szótöbbséggel hozza meg. Az

¹⁸ www.mindenkilapja.hu, 2011.szeptember 16.

¹⁹ miau.gau.hu/miau/165/nn_fogyatek_szakdolgozat.doc

Érdekképviselési Fórum üléséről jegyzőkönyvet kell készíteni. A tárgyalta napirendeknek a lényegét jegyzőkönyvbe kell foglalni. Tagjai az intézményben élő ellátottak, az intézmény dolgozóinak képviselői, a fenntartó képviselője. Jelen kell lennie minden Érdekképviselési Fórum ülésen az Ellátottjogi képviselőnek is.

Ellátottjogi képviselő:

Az ellátottjogi képviselő a gondozottak részére nyújt segítséget, jogaik gyakorlásában. Segíti a gondozottak törvényes képviselőjét az ellátással kapcsolatos kérdések, problémák megoldásában, szükség esetén észrevételt tesz az intézmény vezetőjénél.

13. Összegzés

Projektünk célja, hogy rávilágítson a mozgássérült egyének intézményi keretek között történő, életminőséget segítő ellátásuk fontosságára és a szakemberek által alkalmazott metódusainak bemutatására.

Programunkban elsőként áttekintettük a fontosabb fogalmakat a felsorolt szakirodalmak felhasználásával. A fogyatékoság definiálása után áttértünk az életminőség tartalmi elemeinek bemutatására. A metódusaink alkalmazásánál, a mozgássérült személyek komplex ellátása során az életminőség fejlesztés vagy legalább annak szinten tartása az egységes célunk. Ez a cél, csak akkor valósulhat meg, ha a különböző szakemberek együttműködnek munkájuk során, team munkában dolgoznak, és az ellátott jólétét helyezik a középpontba. Ezáltal a szakterületek tudományos elveire épülő, az életminőség dimenzióinak fejlesztésére törekvő (testi szint, pszichés szint, interperszonális szint, szocioökonómiai szint, spirituális szint) csoportmunka jön létre. Melyben a szakemberek a szaktudásukon kívül a saját személyiségükkel is dolgoznak. Segítő hivatástudatuk, empátiás készségeik, kommunikációs készségeik és értő figyelmük segít az ellátottak mindennapjainak tartalmi feltöltésére, komfortjaik és igényeik minél magasabb fokú kielégítésére. Nélkülözhetetlen a kliens passzivitásának oldása, hogy képes legyen és akarjon együttműködni a segítő szakmában dolgozókkal.

Az alkalmazott metódusok leírásánál bemutattuk, hogy milyen értékelő és felmérő dokumentációt használunk munkánk során. Ezáltal meghatározhatóvá válnak a rövid- és hosszútávú céljaink. Nyomon követhető lesz a változás, monitorizálható a segítő folyamat.

A szakemberek munkája során továbbá fontos, hogy szaktudásuk folyamatosan bővüljön, hivatástudatuk erősödjön. Önismereti és ventilációs programokra is szükség van a hatékony munkavégzéshez.

A mozgáskorlátozott egyének intézményi keretek között történő ellátásánál, a hosszútávú célok miatt, a tartós ellátás következtében van lehetőség sikerélmények megélésére. Hiszen, ellentétben az idősgondozással itt több idő marad az életminőség fejlesztésére.

Akármelyik oldalról, nézőpontból közelítjük meg az életminőség értelmezését mindig az egyén a fontos. Intézményi keretek között nekünk, szakembereknek az egyén fizikai, egészségi és pszichés állapotán van lehetőségünk változtatni. Ha ezekre képesek vagyunk akkor akár jelentős változást is elérhetünk az egyén objektív, illetve szubjektív életminőségében. Ha mindenki a saját szakterületén lelkiismeretesen hozzáteszi a maga tudását és teamként összehangoltan összedolgozunk, elérhetünk az egyénileg kitűzött célhoz. Mindehhez szükség van természetesen az egyén közreműködésére is. A mozgáskorlátozott személyek érzelmi és kognitív életük fejlődéséről, idejük hasznos eltöltéséről fontos gondoskodnunk. Segíteni kell őket abban, hogy korlátokat elfelejtve képesek legyenek

harmonikus kapcsolatok kialakítására, illetve meglévő képességeikkel óvják egészségüket, lelküket, fizikai állapotukat. Személtvátásukkal, új értékrendjükkel, jogi lehetőségeikkel azonosulva élhető életminőséget tudjanak élni.

Az általunk feldolgozott téma hatalmas szakmai területet fed le, a gondozás, az ápolás, az egészségügyi ellátás, a mozgásterápia, a foglalkoztatás, a szociális segítségnyújtás és a mentálhigiéné szakterületei, így a programunkban az általunk alkalmazott módszerek bemutatására tettük a hangsúlyt.

Hivatkozás jegyzék

Bálint Géza, Benedek Tamás: A fizioterápia elmélete és gyakorlata Springer Hungarica, Budapest 1995

befogadas_BSZEJSZ_20190226_modszertan

Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan, Medicina 2013

Foucault, M. (2000): Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése. Corvina Kiadó, Budapest.

Gordosné dr.Szabó Anna (1995): Bevezetés a Gyógypedagógiába Főiskolai jegyzet, Budapest.

Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László (2000): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina könyvkiadó. Budapest.

Illyés Sándor (2000): A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

Katona Ferenc, Siegler János (1999): Orvosi Rehabilitáció. Medicina Könyvkiadó. Budapest.

Kulmann L. (2010): Az életminőség vizsgálata. In: Vekerdy–Nagy Zs.: Rehabilitációs orvoslás. Medicina, Budapest.

Küchler, T., Bullinger, M. (2000): Onkologie. In: Ravens-Sieberer, U., Cieza, A. (Hrsg.): Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte, Methoden, Anwendung (S. 144–158). Landsberg: ecomed.

Novák M., Stauder A., Mucsi I. (2006): Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai. In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis, Budapest.

Sárosi Attiláné: baptista jó gyakorlat -Gondozási, ápolási dokumentáció korrekt vezetése

Urbán Róbert (2017): Az egészségpszichológia alapjai. ELTE PPK, Budapest.

Irinyi Tamás (2000): Pszichiátriai szakápolástan. Medicina Könyvkiadó. Budapest.

Online források:

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.TV>

<http://users.atw.hu/golleszequal/html/gyogypedagogia.htm>

<http://info.kezenfogva.hu/tags/6448-mozgasszervi-fogyatekos>

http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Az_vodapedagogus_feladata_a_sajtos_nevelsi_igny_gyermekek_nevelsben/a_mozgaskorltozottsg_rtelmezse.html

file:///C:/Users/media/AppData/Local/Temp/0061_apolastudomany-magyar.pdf

https://www.doki.net/tarsasag/meszk/upload/meszk/document/nover_2002_15e_3sz.pdf?web_id=

https://www.citatum.hu/szerzo/Antoine_de_Saint-Exupery

https://www.citatum.hu/szerzo/Johann_Wolfgang_von_Goethe

<https://napocska.hu/finommotorika/>

www.mindenkilapja.hu

miau.gau.hu/miau/165/nn_fogyatek_szakdolgozat.doc

http://fittbekes.hu/wpcontent/uploads/2015/12/615_0007_II_Kriziskezeles_modszertan.pdf

Mellékletek

Fizikai és egészségügyi állapot felmérés

Mozgásszervi állapot felmérés

Mentálhigiénés értékelő lap mozgáskorlátozott ellátottak részére

A mozgásfogyatékos ellátással kapcsolatos felmerülő problémák feltárása, kérdései, amelyekre tapasztalatot, "jógyakorlatokat" gyűjtünk.

Ellátott neve: _____

Születési ideje: _____

1. Fizikai és egészségügyi állapot felmérés

Önellátó képesség:

Pontszámok:

0 – független

1 – segédeszköz

2 – mások segítségével

3 – személy és eszköz segítségével

4 – teljesen függő

Dátum	Táplálkozás	Fürdés	WC használat	Mobilitás az ágyban	Járás	Lépcsőn járás	Öltözködés	Pontszám összesen

ÉRTÉKELÉS

Önellátásra képes (fentjáró): (Egészségügyi megfigyelést igényel.)	0 – 5 pont
Önellátásra részben képes: (Egyes tevékenységekhez segítséget igényel.)	6 – 14 pont
Önellátásra nem képes: 3.a) Rendszeres segítséget igényel, de közösségbe vihető. (Időszakos ellátásra szorul.)	15 – 23 pont
3.b) Rendszeres segítséget igényel, időszakosan fekvő. (Folyamatos ellátásra szorul.)	24 – 27 pont
3.c) Ápolást igényel, ágyban fekvő. (24 órás ellátást és folyamatos megfigyelést igényel.)	28 pont

Segédeszközök: nincs

járókeret

mankó

támbot

kerekesszék

szoba WC

egyéb:.....

Ürítés:

Széketürítési szokások:

inkontinencia,

normál,

stoma,

székrekedés,

Önellátó:

hasmenés,

igen,

nem

Vizeletürítési szokások: normális, gyakori, retenció, sürgető inger,
Inkontinencia: nincs, van, teljes, nappal, éjjel,
Segédeszköz: katéter, inkontinencia termék,

Észlelés, érzékelés:

Hallás: normális: jobb, bal, siket: jobb, bal,
 nagyothalló hallókészülék: van,
 nincs

Látás: normális, szemüveg, kontaktlencse,
 csökkent, jobb, bal,
 vak, jobb, bal,
 cataracta, jobb, bal,
 glaucoma, jobb, bal,
 műszem, jobb, bal,

Fogazat: ép, hiányos, nincs,

Szájhigiéné: önállóan, segítséggel, gondozó végzi,

Az ápoló-gondozó megfigyelései:

Viselkedés:.....

Általános

megfigyelés:.....

Bőr:.....

Tudatállapot:.....

Alvás:

Rendszerint hány órát alszik? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sedatívumok:.....

Étrend:

Diéta:

Étvág:

Pécs, 20.....

.....
ellátott aláírása

.....
anamnézist felvevő aláírása

Kooperációs készség, motiváció	Életkor	Bőr állapota	Kísérő betegségek	Általános állapot	Mentális státus	Aktivitás	Mobilitás	Inkon- tinencia	Pont-szám
Jó (4)	10 év alatt (4)	Ép, sértetlen (4)	Nincs (4)	Jó (4)	Éber (4)	Járóképes (4)	Teljes (4)	Nincs (4)	
Kissé csökkent (3)	10-30 év között (3)	Száraz, hámló (3)	Könnyebb (3)	Kielégítő közepes (3)	Fásult (3)	Segítség jár (3)	Kissé akadályozott (3)	Alkalom- szerű (3)	
Részleges (2)	30-60 év között (2)	Nedves, nyirkos (2)	Középsúly ú (2)	Rossz (2)	Zavart (2)	Tolókocsi (2)	Nagyon akadályozott (2)	Gyakran vizelet (2)	
Nincs (1)	60 év felett (1)	Sérült, allergiás (1)	Súlyos (1)	Nagyon rossz (1)	Öntudatlan kábult (1)	Ágyban fekvő (1)	Immobil (1)	Teljes, vizelet, széklet (1)	

Norton skála

Elért pontszám: _____

- ☐ Decubitus valószínűsége csekély: 36 pont,
☐ Decubitus veszély fennáll: 27 pont,
☐ Decubitus veszélye nagy: 18 pont,
☐

Decubitus:
9 pont.

Mozgásszervi állapot felmérés

Ellátott neve:

Dg:

Státus felvételének időpontja:

Izomtónus	normál	fokozott	csökkent
fej, nyak			
jobb fvg			
jobb avgt			
bal fvg			
bal avgt			
törzs			

Kontraktúra	van	nincs

Kontraktúra helye	jobb	bal
nyak		
váll		
könyök		
csukló		
ujjak		
csípő		
térd		
boka		

Kontraktúra mértéke	teljesen kimozgatható	részben	rögzült
nyak			
jobb váll			
jobb könyök			
jobb csukló			
jobb ujjak			
jobb csípő			
jobb térd			
jobb boka			
bal váll			

Kontraktúra mértéke	teljesen kimozgatható	részben	rögzült
bal könyök			
bal csukló			
bal ujjak			
bal csípő			
bal térd			
bal boka			

Izomerő	1-2	3	4-5	nem megítélhető
fej, nyak				
jobb fvgt				
jobb avgt				
bal fvgt				
bal avgt				
törzs				

Aktív mozgásterjedelem	megtartott	csökkent
nyak		
jobb váll		
jobb könyök		
jobb csukló		
jobb ujjak		
jobb csípő		
jobb térd		
jobb boka		
bal váll		
bal könyök		
bal csukló		
bal ujjak		
bal csípő		
bal térd		
bal boka		

Helyzetváltoztatás	egyedül	segítséggel	képtelen

Helyváltoztatás	egyedül	segítséggel	segédeszközzel	képtelen

Segédeszköz	
támbot	
könyökmankó	
hónaljmanó	
járókeret	
rollátor	
kerekesszék	
elektromos kerekesszék	
egyéb	

Testközeli segédeszköz	helye
végtagprotézis	
végtagortézis	
törzsorthézis	
egyéb	

Járástávolság	0 m	pár lépés	5 m alatt	5-15 m	15 m felett

Lépcsőzés	
segítség nélkül	
segítséggel	
segédeszközzel	
képtelen	

Fájdalom helye:

Vas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Amputáció helye:

Felmérés során együttműködő	igen	nem

Kezelési terv:

Pécs, 20.....

.....

ellátott aláírása

.....

anamnézist felvevő aláírása

MENTÁLHIGIÉNÉS ÉRTÉKELŐ LAP MOZGÁSKORLÁTOZOTT ELLÁTOTTAK RÉSZÉRE

Ellátott neve:.....

Ellátott életkora:.....

1. Fogyatékosság típusa:

- a. értelmi
- b. érzékszervi
- c. mozgáskorlátozott 1. szerzett 2. veleszületett

2. Szociális otthona intézményből/családból érkezett.

3. Családi állapota:

- a. házas/hajadon,nőtlen/elvált/özvegy
- b. gyermeke/i:
- c. kapcsolatait ápolja:
kapcsolattartás gyakorisága:.....

4. Mentális állapota:

.....
.....
.....

5. Pszichés betegségek:

.....
.....
.....

6. Tudatállapot: a.) térben/időben orientált b.) térben/időben nem orientált

7. Pszichiátriai gondozás alatt áll/nem áll

8. Személyiség típusa: introvertált/extrovertált

9. Gondozott személy önértékelése első konzultáció során:

- a. nem érdekel
- b. nem szeretem magam
- c. szeretem magam, fontos vagyok

10. Öndestrukció, szuicid szándék, gondolatok:

.....

.....

.....

11. Alkalmazkodó képesség (új helyzethez való adaptáció) – megfigyelés módszerével

.....

.....

.....

12. Kapcsolatteremtő képesség – megfigyelés módszerével

.....

.....

.....

13. Kommunikáció képesség/készség – megfigyelés, konzultáció során

.....

.....

.....

14. Konfliktuskezelés – interjú, megfigyelés módszerekkel

.....

.....

.....

15. **Megküzdési képességek** – interjú, konzultáció során

.....

.....

.....

16. **Segítő konzultációba bevonható/nem bevonható**

Fenti pontok alapján a rizikó/protektív tényezők mérlegelése, mentálhigiénés célok és módszerek meghatározása:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pécs, 20.....

.....
ellátott aláírása

.....
anamnézist felvevő aláírása

Féléves ellenőrzés értékelése:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pécs, 20.....

.....
ellátott aláírása

.....
anamnézist felvevő aláírása

Készségfelmérő lap kreatív foglalkoztatás tekintetében

Ellátott neve:

Születési hely, idő:

	Kiváló	Jó	Megfelelő	Nem megfelelő	Nem ítélt meg
Kéz-szem koordináció					
Finommotorika					
Motiváció					
Együttműködő készség					
Kommunikáció					
Kitartás					
Szépérzék/esztétika					
Kreativitás					
Gondolkodás					
Kifejező-készség					
Önbizalom/ Kezdeményező készség					
Fókuszált Figyelem					
Hasznosság érzése					
Türelem					

Értelmi képesség:

- korlátozott /nem korlátozott

Pécs, 20.....

.....

ellátott aláírása

.....

anamnézist felvevő aláírása

A mozgásfogyatékos ellátással kapcsolatos felmerülő problémák feltárása, kérdései, amelyekre tapasztalatot, "jógyakorlatokat" gyűjtünk.

Felmerülő problémák, kérdések a gondozás során:

1. A különböző fokú és mértékű mozgáskorlátozott ellátottakat szeretnénk érzékenyíteni az egészséges emberek, személyek felé. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
2. A mozgáskorlátozott ellátottak gondozását (a napi tevékenységek során) megnehezíti napjaink népbetegsége az internet függőség. Közösségi oldalak vonzásában vannak, teljesen lekötve a számítógép elé, számos esetben elutasítják az étkezést, vagy más gondozási feladatot, mert nem szeretnék abbahagyni az internetezést. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
3. Az érzékelés-észlelés fejlesztése: a saját testtel kapcsolatos ingerek felismerésének és értelmezésének elősegítésére (pl. Széklet-, vizelet ürítés, hőmérséklet). Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Felmerülő problémák, kérdések a fizikai ellátás során:

1. A mozgáskorlátozott ellátottak a rendelkezésükre álló erőforrásait nem használják ki (a még meglévő képességeiket is hagyják elveszni). Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
2. A mozgáskorlátozott ellátottak sok féle segédeszközt használnak, sajnos nem mindig rendeltetés szerint. Ebből adódóan előfordul, hogy önmaguknak, társaiknak és környezetüknek (pl. Vakolat) is kárt okoznak. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
3. A mozgásukban súlyosan akadályozott lakók testi szükségleteinek kielégítése és jó közérzetük biztosítása sok időt vesz igénybe. Ezeket a szituációkat tovább nehezíti az értelmi funkciók és a beszéd sérülése. Milyen jó gyakorlatokat ismernek, amik ebben tudnak segíteni?

Felmerülő problémák, kérdések az egészségügyi ellátás során:

1. A mozgáskorlátozottságból adódó egészségügyi, gyakorlati tudnivalók közvetítése életkornak és kognitív állapotnak megfelelően sokszor nehézséget okoz. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?
2. A mozgáskorlátozott, felfekvéssel rendelkező ellátott nem tartja be az előírásokat, annak ellenére, hogy ismertette van a felfekvés veszélyeivel kapcsolatban (tehermentesíteni kéne a felfekvési területeket: lehetőleg ne üljön rajta egész nap). Milyen jó gyakorlatot ajánlanak?
3. A mozgáskorlátozott lakók nem szívesen vesznek részt a szűrővizsgálatokon és a prevenciós eljárásokban. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
4. A lakók mozgáskorlátozottságukból adódóan fizikailag nem fáradnak ki, ezért éjszakai alvásuk nem kielégítő. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
5. A mozgáskorlátozott ellátott diétáját nem, vagy csak igen nehezen tartja (ez az egy öröme van; az evés). Milyen jó gyakorlatot ajánlanak?

Felmerülő problémák, kérdések a mozgásterápia során:

1. Alsóvégtagi izomspazmussal rendelkező mozgáskorlátozott beteg nem vesz részt rendszeresen a mozgásterápián, pedig az izmok lazításával a mozgásterjedelem növelésével könnyebben tudna önállóan mozogni. Milyen jó gyakorlatot ajánlanak?
2. Sok esetben mozgáskorlátozott lakóink túlsúlyosak. Ebből eredően az önálló mozgásuk egyre lassúbb, nehezebb. Sok esetben a fokozott terhelésnek kitett ízületeik fájnak. Egyre nehezebben szánják rá magukat azokra a mindennapi tevékenységekre (kerekesszékekbe való átülés) amiket meg tudnának csinálni és egyre nehezebb bevonni Őket a mozgásterápiába. Pedig tájékoztatva lettek a problémakorról. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni
3. Végtagprotetizált lakónk nem hajlandó használni a művégtagját állás, járás közben, pedig azzal segédeszköz használata mellett önállóan járóképes lenne. Inkább ül a kerekesszékekben, mert azzal gyorsabban és kevesebb fáradsággal tudja elérni úti célját. Ennek hatására kontraktúrák jelennek meg az alsó végtagon, a tartása is romlik. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?

4. A mozgáskorlátozottak nagy részét érinti a finommotorikus mozgások károsodása. Nehezebben boldogulnak mindennapi tevékenységeik során (öltözködés, étkezés). Nagyon fontos lenne a fejlesztése. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?

Felmerülő problémák, kérdések a mentális gondozás során:

1. Pszichiátriai gondozás alatt álló mozgáskorlátozott ellátott lelki problémáinak kezelésében, hogyan tudok segítséget nyújtani, kihez tudok fordulni, ha a probléma túllépi a kompetencia határait? Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni ilyenkor?
2. Különböző fokú és mértékű mozgáskorlátozott lakók szexuális vágyainak kiteljesedésére szeretnék jó gyakorlatot kérni. Hogyan lehet orvosolni ezt a helyzetet?
3. Izolált, magányos mozgáskorlátozott lakók intézményen kívüli társas kapcsolatainak kialakítására, ismerkedési lehetőségeinek feltárására szeretnék jó gyakorlatot kérni.
4. Mozgáskorlátozott ellátottak közti éles konfliktus megoldásának segítésére szeretnék jó gyakorlatot kérni.
5. Visszatérő szuicid gondolatoktól terhelt mozgáskorlátozott lakót hogyan tudom érdemben kimozdítani az állapotából? Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?
6. Társas kapcsolatokat és a közösségi életet romboló, többi lakó feszültségét generáló mozgáskorlátozott ellátott viselkedését, hogyan tudom kedvezően befolyásolni? Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
7. Hogyan tudom megóvni az enyhe fokban sérült (részben önellátó, esetleg enyhe értelmi funkcióval rendelkező) mozgáskorlátozott lakókat, hogy más ellátottak ne használják ki őket a túlzott terheléssel, sok kéréssel, állandó segítségkéréssel. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni?
8. Szerzett mozgáskorlátozottság esetén, hogyan tudom segíteni a trauma/veszteségélmény feldolgozását. Milyen jó gyakorlatot tudnánk alkalmazni erre?

Felmerülő problémák, kérdések a szociális ellátás, segítségnyújtás során:

1. Alacsony jövedelemmel rendelkező, súlyosan mozgáskorlátozott személy jogi kérdéseivel kihez tud fordulni, honnan kap segítséget? Erre szeretnék jó gyakorlatot kérni.
2. Mozgáskorlátozott ellátásával foglalkozó nyitott csoportok, szakmai összefogásával kapcsolatos információk, elérhetőségek felderítésével kapcsolatban szeretnék jó gyakorlatot kérni.

Felmerülő problémák, kérdések a kreatív foglalkoztatás során:

1. Alacsony jövedelemmel rendelkező, beszédében és mozgásában súlyosan korlátozott személy kommunikációjának fejlesztésére szeretnék jó gyakorlatot kérni.
2. Mozdulásában súlyosan akadályozott személy (jó értelmi képességekkel rendelkező) foglalkoztatására szeretnék jó gyakorlatot kérni.
3. Heterogén csoport (értelmi képességek, mentális állapot, mozgáskorlátozottság típusa) foglalkoztatásához kérnék jó gyakorlatot.
4. Szenvedélybetegségben szenvedő mozgáskorlátozott ellátottak foglalkoztatásához szeretnék jó gyakorlatot kérni.
5. Nehezen motiválható mozgáskorlátozott ellátott foglalkoztatásához szeretnék jó gyakorlatot kérni.
6. Mozdulásukban akadályozott ellátottak sportolási lehetőségeinek felkutatásához honnan meríthetnek segítséget, milyen források, információs anyagok vannak? Ehhez szeretnék jó gyakorlatot kérni.