

AZONOS ESÉLYEGYENLŐSÉGET BIZTOSÍTÓ ÁPOLÁS

e-learning szakmai továbbképzés



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

Jelen kiadvány az „Egységes ápolási eszközpark kialakítása”
című kiemelt projekt keretében készült.

Projekt azonosítószáma: EFOP-2.2.0-16-2016-00003

Kedvezményezett: Állami Egészségügyi Ellátó Központ

A projekt az Európai Unió támogatásával,
az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program
finanszírozásával valósul meg.

Szerző:

Dr. Kálmánné Simon Mária

Lektor:

Seres Ambrusné Rózsa Erzsébet

Kiadja az Állami Egészségügyi Ellátó Központ,
Projektirányítási Igazgatóság

Budapest, 2018.

Felelős kiadó:

Dr. Németh László

PROJEKT ISMERTETŐ

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ általi megvalósítás alatt lévő EFOP-2.2.0-16-2016-00003 „Egységes ápolási eszközpark kialakítása” projekt stratégiai célja az egészségügyi ellátás során végzett ápolási tevékenység hatékonyságának növelése, a szükséges ápolási idő lerövidítése, az ápolási tevékenység színvonalának, valamint az ahhoz való hozzáférésnek a javítása, ezáltal a betegek életminőségének maximalizálása, az egészségügyi szakdolgozók mentális egészségi állapotának javítása, kompetenciáinak fejlesztése, megelégedettségük növelése.

A projekt keretében megvalósuló eszközpark-bővítést egészíti ki egy képzési folyamat, mely specifikusan a fejlesztéssel érintett intézmények szakdolgozóinak szól.

Célunk, hogy az aktív és krónikus ellátást nyújtó osztályokon az ápolási eszközparkot érintő, és módszertani fejlesztéseken túl a szakmai továbbképzések és pszichológiai intervenciók is hozzájáruljanak az esélyegyenlőség és az ellátás minőségének javításához, a szakszerű betegápoláshoz és az ápolási színvonal emelkedéséhez, növelve az ellátott betegek komfortérzetét és az egészségügyi személyzet elégedettségét, megbecsültségét, munkafeltételeik minőségét.

Az egészségügyi dolgozók mentális egészségének megőrzését célzó képzésünk egyedülálló, hiánypótló éppúgy, mint az azonos esélyegyenlőséget biztosító ápolás című és a helyes betegmozgatás (és az ezáltal elkerülhető egészségkárosodás) témájú.

Örömünkre szolgál, hogy Hallgatóink körében üdvözölhetjük!

Az „Egységes ápolási eszközpark kialakítása”
projekt munkatársai

Tartalomjegyzék

1. óra	4
AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG FOGALMA	
2. óra	12
A FOGYATÉKOSSÁG	
3. óra	19
AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA BESZÉD ÉS NYELVFEJLŐDÉSI ZAVARBAN SZENVEDŐ SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN	
4. óra	31
AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA LÁTÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN	
5. óra	57
AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT, ÉS ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN	
6. óra	69
TRANSZKULTURÁLIS ÁPOLÁS	
Irodalomjegyzék	78

Azonos esélyegyenlőséget biztosító ápolás

Hallgatói tananyag

A tananyag, amit most készül megtanulni, azzal a céllal jött létre, hogy segítse az egészségügyi intézményekben gyógykezelés, rehabilitáció, ápolás és gondozás miatt megforduló személyek esélyegyenlőségének a biztosítását. Igyekszünk olyan ismereteket nyújtani, amely arra irányul, hogy az egészségügyben dolgozó szakember szemléletét megfelelően alakítsa a megbetegedett fogyatékkal élő, vagy más okból sajátos ellátást igénylőknek. Az elején pontosítsunk néhány, a tananyaghoz kapcsolódó fogalmat.

A példákat **kékkel**, a magyarázatot **pirossal** jelöltem!

1. óra

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG FOGALMA

Magyarországon minden ember a születésétől a haláláig jogképes, azaz a saját jogán jogokat és kötelezettségeket vállalhat. A jog előtt mindenki egyenlő, tekintet nélkül korra, nemre, fizikai vagy szellemi állapotra, bőrszínre, vallásra, anyagi helyzetre, politikai hovatartozásra stb.

Diszkrimináció: (latin eredetű) szétválasztást, megkülönböztetést jelent.

A szociológiában olyan megkülönböztető bánásmódot jelent (cselekedet, tevékenység, kijelentés, elmulasztott tett, viselkedés), amely az egyén vagy a csoport esélyegyenlőségére hat. A diszkrimináció lehet negatív vagy pozitív. (Wikipedia)

Pozitív diszkrimináció, hátrányt csökkentő megkülönböztetés vagy előnyben részesítés, amikor egy egyén vagy csoport valós esélyegyenlőtlenségének felszámolása végett tesznek valamit az érintettek helyzetének előmozdítása érdekében. Az előnyben részesítés nem sérthet alapvető jogot, nem biztosíthat feltétlen előnyt, célja nem többletjogok osztogatása, hanem a valamilyen szempontból hátrányos személyek vagy csoportok olyan szintre juttatása, hogy képesek legyenek élni az egyébként mindenkit megillető jogokkal.

Például: a várandós és kisgyermekes anyák anyagi, egészségügyi és oktatási támogatása, a mozgásukban korlátozott emberek számára segédeszközöknek a beszerzéséhez támogatás.

Negatív diszkrimináció hátrányos megkülönböztetést jelent. A szociológiai értelmezése szerint ösztönös vagy tudatos kirekesztő, megalázó cselekedet, az egyenlő bánásmód elvével ellentétes eljárás. Átala létrejön az esélyegyenlőtlenség, a gazdasági vagy a társadalmi igazságtalanság. (Wikipedia)

Két formája van: a közvetlen, és a közvetett hátrányos megkülönböztetés.

Közvetlen hátrányos megkülönböztetésnek minősül az olyan rendelkezés, amelynek eredményeként egy személy vagy csoport valós vagy vélt tulajdonsága (neme, kora, származása, kisebbséghez való tartozása, fogyatékosága stb.) miatt részesül más, összehasonlítható helyzetben lévő személyhez vagy csoporthoz képest kedvezőtlenebb bánásmódban (2003. évi CXXV. törvény 8. §-a).

Például, ha az adott munkakörben férfi dolgozó magasabb fizetést kap, mint az ugyanabban a munkakörben dolgozó nő.

Közvetett hátrányos megkülönböztetésnek minősül az a látszólag egyenlő bánásmód követelményének megfelelő rendelkezés, amely a 2003. évi CXXV. törvény 8.§-ban meghatározott tulajdonságokkal rendelkező egyes személyeket vagy csoportokat más, összehasonlítható helyzetben lévő személyhez vagy csoporthoz képest lényegesen nagyobb arányban hátrányosabb helyzetbe hoz. (2003. évi CXXV. törvény 9. §-a)

Például, egy munkáltató minden dolgozójára nézve hoz a munkarendre vonatkozó intézkedést, megváltoztatja a munkakezdés, munkavégzés időpontját, emiatt néhányan nem érik el az utolsó közösségi közlekedést, és nem tudnak haza menni időben.

Társadalmi diszkrimináció: Sem közvetett, sem közvetlen diszkrimináció nem lelhető fel, azonban a társadalmi környezet és közhangulat maga szül hátrányos helyzetet, amelyben lehetetlenné válik valaki jogainak érvényesítése.

Előfordult, hogy egy fogyatékos gyermeket nem vettek fel az óvodába, mert a többi szülő ellenezte.

Esélyegyenlőség - egyenlő bánásmód követelménye szerint tilos hátrányosan megkülönböztetni, diszkriminálni egyes személyeket, csoportokat bizonyos tulajdonságaik alapján.

Az esélyegyenlőség biztosítása a hátrányos helyzetben lévő személyeket / csoportokat érintő olyan pozitív intézkedéseket jelent, amelyek lehetővé teszik, hogy a hátrányos helyzetben lévők hátrányait csökkenteni, vagy megszüntetni lehessen.

Az esélyegyenlőség alapja a **diszkrimináció mentesség**, azaz meghatározott tulajdonsága miatt senkit nem érhet hátrány. Ezen felül elő kell segíteni, hogy javuljon az esélyegyenlőség ellen küzdők lehetősége a munkavállalásra, a tanulásra, az egészségügyi ellátásra és egyáltalán a normális létre. (esélyegyenlőségi útmutató)

A fogyatékos emberek jogait védő nemzetközi egyezmények

Az első, az emberi jogokat általánosságban megalapozó, és az aláíró országok számára kötelező érvényű egyezmény az ENSZ Közgyűlés 1948-ban kiadott Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata volt. Valamennyi ezt követő egyezmény és egyéb nemzetközi jogforrás ennek valamely részletét emeli ki és/vagy erősíti meg. Igen jelentős volt az 1975-ös Nyilatkozat a fogyatékos személyek jogairól, az 1982-es A Fogyatékos Személyekre Vonatkozó Világprogram, vagy az 1993-ban elfogadott, a

sérült emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályait összefoglaló Standard Rules.

2002 májusában az Európai Fogyatékosügyi Kongresszuson a Madridi Nyilatkozatban kimondták, hogy „a befogadó társadalom alapja a diszkrimináció mentességgel párosuló pozitív cselekvés”, ami a fogyatékosokkal kapcsolatos legkorszerűbb gondolkodást tükrözi. 2006. december 13-án az ENSZ Közgyűlésen New York-ban megszületett a fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény. Ez összefoglalja mindazokat az emberi és polgári jogokat, amelyek minden fogyatékos embert megilletnek a földön. Kimondja, hogy a fogyatékosokkal élő embereknek támogatásra és védelemre van szükségük, hogy emberi jogaikkal éppúgy tudjanak élni, mint bárki más. A fogyatékosokkal élő emberek nem tudnak a társadalom életében részt venni és sérülnek emberi jogaik. Nagyon fontos, hogy az országok együtt dolgozzanak a fogyatékosokkal élő emberek jobb életéért. A fogyatékosokkal élő embereknek joguk van az egészséghez. Az országoknak dolgozniuk kell, hogy a fogyatékos emberek jó egészségügyi ellátást kapjanak.

- Az egészségügyi ellátás vegye figyelembe a nemek közti különbséget.
- A fogyatékos emberek térítésmentesen kapjanak egészségügyi szolgáltatást, vagy legyen esélyük, hogy meg tudják fizetni.
- Legyen a fogyatékos embereknek termékenységi orvosi vizsgálata és ellátása.
- Legyen a fogyatékos emberek számára közegészségügyi program. **A közegészségügybe minden ember egészsége beletartozik.**
- A fogyatékos emberek kapjanak speciális egészségügyi szolgáltatást. **Speciális egészségügyi szolgáltatás például a gyógytorna, a fejlesztés, a rehabilitáció.**
- Legyenek szolgáltatások, amik csökkentik a fogyatékoságot.
- Az egészségügyi szolgáltatások legyenek közel az ember lakóhelyéhez.
- **A fogyatékosokkal élő embereket ugyanúgy lássák el, mint bárki más.**
- **Az ápolóknak meg kell tanulniuk, hogy hogyan kell a fogyatékos emberekkel foglalkozni.**
- **Az ápoló segítsen, hogy a fogyatékosokkal élő ember értse meg a vizsgálatot és szabadon döntsön, beleegyez-e annak elvégzésébe. Ez azt jelenti, hogy könnyen érthető szavakkal magyarázza el, hogy mi fog történni. Le is rajzolhatja. Nagyon fontos, hogy az emberek megértsék, hogy mit csinál velük az ápoló.**
- **Az ápoló figyeljen a fogyatékosokkal élő ember jogaira és méltóságára.**
- **Tartsanak képzéseket az ápolóknak. Tanulják meg az ápolók, hogyan kell segíteni a fogyatékosokkal élőket. Az ápolóknak meg kell tanulniuk, hogy hogyan tudnak együttműködni a fogyatékosokkal élő betegekkel.**
- A fogyatékosokkal élő embereket tilos megkülönböztetni az egészségbiztosításban, vagy életbiztosításban.

2007. Egyenlő Esélyek Mindenki Számára Európai Éve volt. (ÉFOÉSZ, 2007)

Esélyegyenlőség a magyar joggyakorlatban

A hazai jogban a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (Fot.) tekinthető alapidokumentumnak. Ennek a törvénynek meghatározó szerepe volt abban, hogy az ENSZ 2000-ben Magyarországnak ítélte a Rooseveltt Nemzetközi Fogyatékosügyi Díjat.

A törvény elsődleges célkitűzése a fogyatékos személy jogainak biztosítása, ezáltal esélyegyenlőségének, önálló életvitelének és a társadalmi életben való aktív részvételének előmozdítása.

Sok más rendelkezése mellett a Fot. meghatározza a fenti célok elérése érdekében végrehajtandó intézkedések főbb területeit (egészségügy, oktatás, foglalkoztatás, lakóhely, kultúra, sport), és akadálymentesítési kötelezettséget ír elő a kormányzati és önkormányzati közszolgáltatások fenntartói számára. Mindezek mellett életre hívta az **Országos Fogyatékosügyi Tanácsot**, amely a Kormány közvetlen tanácsadó szerveként a kormányzati és civil párbeszéd egyik legfőbb fórumaként működik 1999 óta.

A Fot. emellett konkrét jogosultságokat is biztosít a fogyatékos emberek számára. Ezek közül – a teljesség igénye nélkül – a rehabilitációhoz, segédeszközökhöz, támogató szolgálat igénybe vételéhez, korai fejlesztéshez, illetve az integrált vagy védett munkaerő piaci részvételhez való jog emelhető ki.

A szabályozás lényeges eleme még a fogyatékosági támogatás, amely nem alanyi jogon, hanem az olyan, súlyosan fogyatékos személy részére járó pénzbeli juttatás, aki önálló életvitelre egyáltalán nem képes, illetve mások állandó segítségére szorul. A támogatás célja, hogy - a súlyosan fogyatékos személy jövedelmétől függetlenül - anyagi segítséggel járuljon hozzá a súlyosan fogyatékos állapotból eredő társadalmi hátrányok mérsékléséhez.

A fentiekén túl a Fot. egyik legfőbb hozadéka, hogy alapot teremtett a mindenkori fogyatékosügyi szakpolitika tervezése számára. Előírta ugyanis, hogy az Országgyűlés hosszútávú stratégiát – 7 éves időtávra szóló **Országos Fogyatékosügyi Programot** – köteles alkotni, amelyet a mindenkori kormány 3-4 éves, ún. középtávú intézkedési tervben bont konkrét kormányzati intézkedésekre. Ebben a feladat pontos meghatározásán túl rögzíteni kell az intézkedés kormányzati felelősét, a szükséges forrást és a feladat határidejét. Mindkét dokumentumot időről időre meg kell újítani, ez a rendszer tehát valóban hosszú távon biztosít keretet a hazai szakpolitika számára.

A fogyatékosügyi szakpolitika legfőbb alapelvei között fellelhető a prevenció, a hátrányos megkülönböztetés tilalma, a fogyatékos személyt megillető (speciális) jogok védelme, valamint az önrendelkezés, az integráció és az egyenlő esélyű hozzáférés elve. A Program által rögzített „Semmit rólunk nélkülünk!” elv pedig alapvető kritériumként határozza meg, hogy a fogyatékos embereket is érintő intézkedések

előkészítésében és végrehajtásában – saját jogon vagy az általuk választott képviselők útján – maguk az érintettek is részt vehessenek.

Az Országos Fogyatékosügyi Program négy célterületen fogalmaz meg elérendő célokat:

- társadalmi szemléletformálás,
- a fogyatékos személyek és családjuk életminőségének javítása,
- a társadalom életében való aktív részvétel,
- rehabilitáció.

Emberi jogi szempontból ugyancsak lényeges eredmény volt a magyar jelnyelvről és a magyar jelnyelv használatáról szóló 2009. évi CXXV. törvény megalkotása, amelyet az Országgyűlés ellenszavazat és tartózkodás nélkül fogadott el. A törvény megjelenésével nemzetközi szinten is kiemelkedően tartalmas jelnyelvi szabályozás lépett életbe.

Magyarországon a jelnyelvet önálló, természetes nyelvként, a hallássérültek csoportját pedig nyelvi kisebbségként ismeri el. A törvény emellett állami kötelezettséggé teszi a jelnyelvi tolmácsszolgáltatás országos hálózatának működtetését, térítésmentes jelnyelvi tolmácsszolgáltatást biztosít a hallássérült és siketvak emberek számára. Ezek mellett 2017-től lehetővé teszi az ún. bilingvális (elsősorban jelnyelven történő) alapfokú oktatás választhatóságát, és kötelezően előírja a televíziók számára a műsorszámok feliratozását.

Akadályozottság megítélése a magyar társadalomban

A jogszabályok és a diszkrimináció elleni törvények ellenére az összes társadalomban előítéletek és sztereotípiák léteznek a fogyatékos személyekkel szemben, amelyek a sérült személyek önmegvalósítását, kapcsolatkiépítési lehetőségeit jelentősen beszűkítik. A fogyatékossgal élő embereket a magyar társadalomban is az egyik leghátrányosabb helyzetű csoportnak tekinthetjük.

Az érintettek kedvezőtlen egészségi állapota mellett a társadalmi körülményekben is számos nehézséggel küzdenek, melyek egyfelől jelentősen befolyásolják a mindennapi életüket, másfelől a társadalom által elfogadott normákhoz való igazodást. A fogyatékossgügy közösségi, tagállami, egyben hazai társadalmi ügynek tekinthető, melyben maguk az érintettek aktív szerepvállalásán túl az érintetteket segítők, támogatók is kiemelt szerepet kapnak.

A Világ Egészségügyi Felmérésének adatai szerint a 15 év és az afölötti népesség tagjai közül nagyjából 785 millió ember (15,6%) fogyatékos,

a Betegségek Megterhelő Hatásáról készült vizsgáló felmérés szerint e szám körülbelül 975 millióra tehető a világon (19,4%).

Becslések szerint több mint 1 milliárd ember él valamilyen fajta fogyatékossgal a világon, ez körülbelül 15%-a a bolygó lakosságának. (Laki, 2013/3)

A számadatok természetesen nem mutatnak meg mindent a fogyatékossgal élő emberek helyzetéről, azt azonban mindenesetre láthatjuk, hogy az érintett csoportba tartozók száma folyamatosan emelkedik, legfőképpen az idősebb generációban, s így mielőbbi beavatkozást igényel életterükkel, életkörülményeikkel összefüggő helyzetük javítása, az oktatás és a munkaerő-piaci integrációjuk elősegítése. Ugyanakkor kiemelendő, hogy Európa-szerte az elmúlt két évtizedben a született fogyatékossgal élők száma csökkenő tendenciát mutat, szemben az időskori fogyatékkal élők emelkedő tendenciájával. Ez a jelenség az idősödő társadalomban további egyéni és intézményi megoldásokat vetít a társadalmak egésze elé.

A fogyatékossgal szemben különböző attitűdök alakultak ki. Az attitűdöt befolyásoló tényezők:

A sztereotípiák szerepe

Megkímélik az embert az önálló gondolkodás nehézségeitől, eleve felmentik a sztereotip viselkedés következményei alól: „mindenki úgy gondolja, úgy csinálja”. Könnyebb elfogadni egy népcsoportról, vallásról, fogyatékossgai vagy egyéb csoportról vallott sematikus véleményt, mint önálló erőfeszítést tenni annak igazságtartalma kiderítésére. Ezek az ítéletek mindig a távolságot is hangsúlyozzák a címkéző és a címkézett között.

Pl.: „A fogyatékosoknak az a jó, ha egymás között vannak, másként nem érzik jól magukat.”

„Azért is nem tudnak integrálódni, mert egész másként éreznek, mint a normális emberek.”

„Legjobb nekik az intézetekben, ott legalább mindenük megvan, és mégiscsak a szakemberek tudják a legjobban, hogy mit kell velük kezdeni.”

A fogyatékos emberek énképének változása

A társadalmi attitűd változásához legerősebben az járul hozzá, amikor a fogyatékos emberek maguk kezdenek el küzdeni a róluk kialakult kép megváltoztatásáért. A cél az, hogy megváltoztassák a kiszolgáltatott, jótékonykodásra szoruló, gyámolatlan ember képét, és helyébe egy öntudatos, saját mínuszaival és értékeivel egyaránt tisztában lévő, tevékeny, önmagáért tenni akaró és képes ember képe kerüljön. Elutasítják a sajnálkozást, a szánalmat, a jótékonytságot, ehelyett tanulni és dolgozni szeretnének.

Azt vallják, hogy nem elég mindig azt kérdezni, hogy mit adhat a társadalom, hanem fel kell tenni azt a kérdést, hogy ki-ki maga mit adhat a társadalomnak és a fogyatékos emberek új generációja már ezen az úton jár.

Az előítélet

Abban, hogy a társadalom egy embercsoportot nem fogad be, annak igényeire a vonatkozó törvények ellenére is csak igen kis mértékben hajlandó odafigyelni, a társadalmi attitűdöt komolyan befolyásoló előítéletes gondolkodásmódnak igen nagy szerepe van. Az előítéletes magatartás, a téves, vagy éppen nem teljes információból származó általánosítások az egyéneket arra kényszerítik, hogy eltekintsenek minden egyéb szemponttól, tehát a finom, személyi különbségek észrevétlenek maradnak. Az előítéletes gondolkodásmód legnagyobb veszélye az, hogy a szóbeli előítélet gyakorta átcsap aktív negatív diszkriminációba.

Küllem

Ki látott már olyan jó tündért, aki botjára görnyedve vonszolta a púpját, és bibircsókos orra alól, fogatlan szájjal mormolta a csodálatos varázsigéket?

Az emberi gondolkodás ebben mindig is egysíkú volt: akinek a teste vagy a vonásai szabálytalanok, az egyben gonosz is. Mindig is könnyebb volt elfogadni az egyértelműen fogyatékossgot sugalló, de nem „visszataszító” külsőt (pl. fehér bot), mint az átlagtól túlságosan eltérő küllemet (pl. erősen torzult test, égett bőr). Ugyanakkor a nem látható fogyatékossgra (pl.: autizmus) általában ingerültséggel reagálnak „pedig nem is látszik rajta....”, mintha a külső és belső adottságok elválaszthatatlan, egymást feltételező egységben léteznének.

Stigmatizáció – megbélyegzés

A fogyatékkal élők a stigmatizálás célpontjai. A stigmatizált személyek olyan érzelmi reakciót váltanak ki, mint a szájalom, düh, undor, szorongás, de a szociális stigma központi jellemzője a mások általi leértékelés és dehumanizáció. A láthatóság megerősítheti a stigmákat, ezzel együtt a diszkriminációt is.

Pl.: értelmi sérült személyek egy részénél a társadalmi beilleszkedés azért is nehezített, mert hozzájárulhatnak a testileg is megfigyelhető jegyek, a sajátos mozgáskép: túlmozgás, mozgás-sztereotípiák, mozgásszegénység. A beszéd és nyelvfejlődési nehézséggel élő személy, ha nem kommunikál az utcán közlekedés közben, az utca népe nem is veszi észre, hogy akadályozott, és nem tűz rá stigmát.

A különbözőség, mint negatívum

Ha valaki az adott társadalomban különbözőnek számító csoport tagja (pl. roma, zsidó, észak-ír katolikus) rendszerint beleszületik ebbe a különbözőségbe.

A rokonsága és ismeretségi köre, az iskolatársak rendszerint ugyanúgy különböznek a többségi társadalomtól, mint ő, és az összetartozásukat az erős mi-tudat húzza alá. Egyedül különbözni azonban egész más helyzet. Aki fogyatékosan jön a világra, vagy betegség, baleset folytán hirtelen átkerül a túloldalra, nem élvezheti a csoporttal való

„együtt különbözős” felemelő érzését, nincs erőt és tartást biztosító közös történelme a csoportjával.

A médiumok nem segítik a fizikai vagy szellemi másság elfogadását, hisz nemcsak tükrözik, hanem alapvetően maguk alakítják a mai társadalom jellemző szocializációs útját. Ma az épség és a szépség fogyasztási cikk, s az emberek korán arra szocializálódnak, hogy ezt megszerezhessék. A kép, amit látunk, hallunk, olvasunk kétségkívül hamis, de a hamis ideál és az átlagember között még mindig kisebb a távolság, mint az átlagember és a sérült ember között. (Kálmán, 2009)

Fogyatékoság formái

A fogyatékoság meghatározására többféle terminus található a szakirodalomban.

Jogi meghatározása Magyarországon az 1998. évi XXVI. számú, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény alapján: „az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja” (4. § (a)).

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) fogyatékoság meghatározása szerint a fogyatékoság nem zárja ki az egészséget, nem betegség, hanem egy állapot. A fogyatékos ügyi paradigmaváltás értelmezése szerint gyakran nem is az állapot, hanem maga a közeg tesz fogyatékosá. Az FNO, teljes néven a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (Funkcionális állapotok Nemzetközi Osztályozása) egy olyan osztályozási rendszer, melyet a WHO dolgozott ki. A különböző szempontok szerint megállapított kód megmutatja, hogy egy sérülés, fogyatékoság vagy az egészségi állapot megváltozása következtében egy adott személy mit képes tenni.

A WHO 1980-as meghatározása túllép a fogyatékoságon, mint gyűjtőfogalmon, és három, fokozatilag és tartalmilag eltérő fogalmat különböztet meg:

→ **sérülés, károsodás** (impairment) a szervezet szintjén értelmezhető, az ember élettani működésének bármiféle rendellenességeként, vagy hiányosságaként;

→ **fogyatékoság funkciózavar** (disability) a képességek szintjén, pszichés összefüggésben nyilvánul meg;

→ **akadályozottság, hátrány** (handicap) pedig társadalmi szinten jelenik meg, amely korlátozza, esetenként meg is akadályozza, hogy az egyén betöltse kortól, nemtől, társadalmi és kulturális tényezőktől függő mindennapi szerepét.

Az akadályozottság ily módon a károsodás és a fogyatékoság társadalmivá válása.

Ez az értelmezés azonban még mindig csak a fogyatékos emberről szól: ő nem tud járni, beszélni stb., ő nem tud beilleszkedni, az akadályozottság - egyfajta eleve elrendeléseként - belőle ered.

Az 1997-ben újrafogalmazott WHO fogyatékoság értelmezés óta már nem ok-okozati következmények egy vonalon mozgó összefüggéséről, egyféle sorsszerű végkifejletről szól, hanem - jelentős szemléletbeli változást tükrözve - a károsodás és a társadalmi részvétel közötti kölcsönhatásokról, amely pontosan jelzi, hogy a károsodásból adódó hátrányok mértéke és megítélése (de akár az állapot rosszabbodása is) jelentős

mértékben függ a társadalmi elfogadottságtól, a társadalom által nyújtott mozgástértől, lehetőségektől.

A fogyatékoság és a rokkantság új szemlélete, és kérdéskörének politikai kezelése gyökeres változtatásokat hozott, ennek köszönhetően előtérbe került a rehabilitáció, felismerték, hogy a rehabilitáció többszörösen megtérülő befektetés. (Reisz, és mtsai., 2009)

Habilitáció és rehabilitáció

Habilitáció - beillesztés: Olyan, a társadalom által biztosított, szervezett tevékenységek és támogatások rendszere, amelyek segítségével e személyeknek a közösségi életben való részvétele javítható, kiteljesíthető.

Pl.: segédeszközök biztosítása.

Rehabilitáció - helyreállítás, visszaállítás: tágabb értelemben minden olyan szervezett társadalmi tevékenység, amely a hátrányos helyzetbe került személyek társadalmi újra beilleszkedését (integrációját) segíti elő.

A rehabilitációs szolgáltatások főbb elvei, célkitűzései:

- **jelenlét:** az akadályozott embereknek is ott kell élniük, dolgozniuk és szabadidejüket eltölteniük, ahol a társadalom többi tagja él és dolgozik.
- **választás, autonómia:** a szolgáltatásoknak ki kell alakítani a választás lehetőségét, támogatni kell az akadályozott ember képességeit és tudatos döntéseit.
- **kompetencia:** a szolgáltatásoknak folyamatosan segíteni kell az emberek új készségeinek kialakulását.
- **társadalmi státus:** az akadályozott embereket gyakran megbélyegzik, a szolgáltatásoknak segíteni kell az akadályozott emberek pozitív megítélését.
- **participáció (részvétel):** a szolgáltatásoknak aktívan kell támogatni a meglévő szociális hálózatot, új kapcsolatok kialakulását, hogy az embereknek valódi lehetőséget kínáljunk a helyi közösségben való részvételhez.

A rehabilitáció formái:

1. **Orvosi rehabilitáció:** a függőség csökkentésének a folyamata az által, hogy a lehetőségek határáig kifejleszti a képességet arra, hogy az érintett személyek egyéni körülményeinek megfelelően adekvát módon élhessenek. E folyamat magába foglalja a kezelést mindaddig, amíg fizikai, lelki, társadalmi értelemben vett normális életvitelükhöz kialakítható maximális képességüket el nem érik.

Különböző orvosi szakmák erőfeszítéseit fogja össze abból a célból, hogy helyreállítsa az érintett személyek fizikai, mentális és szociális alkalmasságát, képessé tegye őket arra, hogy boldogan, produktívan éljenek.

Középpontjában az orvos és a beteg kapcsolata áll. Arra kell törekedni, hogy az orvos-beteg kapcsolat egyre jobban hasonlítson a segítő - kliens kapcsolatára.

2. **Szociális rehabilitáció:** a gyógyító tevékenység befejezése. Szociális rehabilitáció alatt a közösségbe történő tényleges beilleszkedés folyamatát értjük, amelynek kritériuma van: megfelelő társas kapcsolatok, viszonylagos anyagi, gazdasági önállóság, a létfeltételek biztosításának képessége, fontos az egyenrangú kapcsolat.

Szociális támogatások: cukorbeteg, vakok személyi járadéka, súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezménye, intézményi ellátás (átmeneti v. tartós), rehabilitáló intézmény, amíg képessé nem válik az egyén az önálló életvitelre.

3. **Foglalkozási rehabilitáció:** a munkaviszonyba lévő, vagy volt, betegség vagy baleset révén megváltozott munkaképességű személyek gyógyulásuk utáni, egészségi alkalmasságuknak megfelelő munkába helyezése. Az egészségi alkalmasság szempontjából a munkaviszony áll a folyamat középpontjában, s az aktív korúakra vonatkozik. Foglalkozási rehabilitációra szorul minden olyan dolgozó, aki eredeti munkakörét változatlan munkakörülmények között egészségi állapotának károsodása nélkül, átlagos teljesítménnyel betölteni nem képes.

4. **Pedagógiai, illetve részterülete a gyógypedagógiai rehabilitáció:** nevelés nélkül nem létezik rehabilitáció sem. A humanizmus egyik aspektusát képezi, ha veleszületett módon, vagy kora gyermekkorban elszenvedett károsodás eredményeként akadályozottá vált embereket munkaképessé segítjük és támogatjuk társadalmi beilleszkedésüket. Ez a gyógypedagógia célja, ez a gyógypedagógusok feladata.

A nevelés mindennemű rehabilitáció elengedhetetlen tényezője. A közösséget, magát is nevelni kell, hiszen ők a befogadók vagy nem befogadók. *Konduktív nevelési rendszer* (Pető-módszer) – a központi idegrendszer sérülése következtében kialakuló akadályozottság komplex kezelésére szolgáló rehabilitációs módszer. Lényege, hogy az agy reziduális kapacitására támaszkodva, a pedagógia módszereit felhasználva segíti elő a kiesett funkciók újratanulását, az önálló képesség, és az önálló élet elsajátítását.

A rehabilitáció nem egy szakma, hanem komplex szemlélet, amely a szakterületek együttműködése révén nyer gyakorlati értelmet.

Fogyatékoság pszichológiai vonatkozásai

A sérült ember és családja életében igen gyakori krízis, az ismétlődő vagy elhúzódó válsághelyzetek természetének, lefolyásának és következményeinek ismerete, sokat segíthet abban, hogy jobban megértsük valaki kommunikációs stratégiáit szokatlan, olykor nem is mindig kellemes megnyilvánulásait pozitív, vagy negatív reakcióit. Ha tudjuk, hogy bizonyos jelenségeket milyen feszültségek szülnék, milyen érzelmek dúlnak mögöttük, könnyebb lesz megértő és empatikus módon közelíteni a kommunikációs segítségre szoruló emberhez.

Minden olyan váratlan, vagy hosszan tartó válságállapot, amire nem lehetett vagy nem tudtak felkészülni, erősen befolyásolhatja az egyén reakcióit, személyiségét. Gyakran erős érzelmi kitöréseket provokál pl: sírás, düh, harag, vádaskodás, keserűség formájában, máskor depresszióban, mély apátiába süllyed az ember. A külvilág gyakran megtorpan e rossz viselkedés minták láttán és könnyen félreértelmezi azokat. A megítéléshez hozzátartozik a környezet, a család, baráti kör és a körülöttük lévő tágabb világ is.

A válság okai sokfélék lehetnek. Legtöbbször olyan előre nem látott események következtében lépnek fel, mint pl. betegség, halál, válás, baleset, munkanélkülivé válás.

A személy és környezete között stabil egyensúly áll fenn, amelynek birtokában az egyén képessé válik, a fellépő feszültségek legyőzésére, kiegyensúlyozására. Ha a személy életében fontos céljai elérései közben, olyan akadályok lépnek fel, amelyekkel a szokásos módon a meglévő tapasztalataival nem tud megbirkózni, krízis következik be. Megnö a feszültség, az egyéni tűrőképesség határát meghaladó módon fokozódik a frusztráció, és büntudat, szégyenérzet tölti el az egyént. Amennyiben nem sikerül saját erejéből és élettapasztalatain alapuló megoldási technikával megszüntetni ezt a helyzetet, a tovább fokozódó feszültség pszichés összeomláshoz vezethet. A kimenetel mindig attól függ kap-e a krízishelyzetben lévő személy időben megfelelő, szakszerű segítséget, ám a krízis leküzdése számos további tényezőtől is függ

- reális veszélyeztetettség mértéke
- krízisben lévő személy életkora
- a megelőző vagy korábbi krízishelyzetek megoldásával szerzett tapasztalatok sikere vagy kudarca
- a korábbi sikertelen megoldások mennyisége
- az egyén személyisége
- problémamegoldási módjai
- konfliktustűrő- és kezelő képessége
- közösségi, kulturális, vallási és társadalmi normáktól való függése

A krízisek lefolyása

Erika Schuchard a súlyos betegséggel és fogyatékosággal szembesülő emberek krízistapasztalataira alapozta a krízis szakaszait és a feldolgozás fázisait, összefoglaló modelljét.

Bemeneti szakasz: Eleinte bizonytalanság (1. fázis), amely a kritikus esemény bekövetkeztét követően azonnal fellép: „Tulajdonképpen mi van?...” Ezt az érzést az eleinte bizonytalan diagnózisok is táplálják, s ez elzárkózást, bűntudatot és mások elutasítását eredményezi.

Ezt követi a bizonyosság (2. fázis), amely azonban csak a tények racionális tudomásul vételét jelenti: „Igen, de ez mégsem lehetséges...!” a társuló érzelmi elhárítás tagadáshoz vezet ami akár egy életen át is tarthat.

Átmeneti szakasz: Legmeghatározóbb eleme az agresszió (3. fázis), a **Miért éppen én?...**”kínzó érzése, ekkor már érzelmileg is tudatosan a rossz hír, indulat kitörésekhez, agresszióhoz vezethet, ami önmaga és mások felé is irányulhat.

Ennek lecsillapultával megjelenik az alkudozás (4. fázis): „Ha...,de akkor kell....?” Megkezdődik az alkudozás az Istennel, sorssal, az élettel, orvosokkal, szakemberekkel. Végző következmény a lelki csőd lehet, amely sokszor anyagi csőddel is párosul.

A depresszió (5. fázis): „**Minek....minden értelmetlen...!**” Bekövetkezik a gyász. Nem segített az alkudozás, a lemondás, az önfeláldozás, és nem marad más, mint mindennek, a barátoknak, életcéloknak, álmoknak a feladása.

Célszakasz: Az új szakaszban megszületik az elfogadás (6. fázis): „**Csak most ismertem fel....!**” Felmerül a kérdés, hogy mit lehet tenni azzal ami van. Az idő segít a fájdalom elcsitulásában. A szülő elfogadja és megszereti sérült gyermekét, elfogadja a helyzetet, kiderül, hogy a „maradékok” még mindig sok lehetőséget hordoznak magukban, felismerik, hogy számtalan más érték is marad, ami örömet adhat.

Az elfogadás vezet egy újfajta nem csodaváró aktivitáshoz (7. fázis): „Ezt én csinálom...”

Már a pozitív megoldásokat keresik. Ilyenkor szoktak bekapcsolódni öntevékeny csoportokba szervezetekbe is.

Éppen a hasonló problémákkal küzdők csoportjaihoz szervezeteihez való csatlakozás szüli meg a szolidaritás (8. fázis) igényét: „**Cselekszünk....!**” Ekkora érkezik el a saját átélt tapasztalatok átadásának igénye, a másoknak való segítségnyújtás ideje.

A fejlett gazdasággal és szociális ellátórendszerekkel rendelkező országokban, az egyik legfontosabb célként fogalmazzák meg a betegség, sérülés vagy rendellenesség következtében fogyatékos, rokkanttá vált állampolgárok esélyegyenlőségének, különböző társadalmi tevékenységekben való aktív részvételének biztosítását.

Akadálymentesítés fogalma

Az akadálymentesítés olyan tudatos tevékenységek összefoglaló neve, melyek a különféle (fizikai, érzékszervi vagy szellemi) fogyatékos személyek számára igyekeznek olyan körülményeket biztosítani, amelyek lehetővé teszik számukra minden olyan tevékenység elvégzését, amelyben akadályozottak.

Az akadálymentesség nem korlátozódhat az épületek külső és belső megközelítésére és a belső közlekedésre, hanem ezen túlmenően az akadálymentesség követelményét ki kell terjeszteni az épített környezethez kapcsolódó természeti környezetre, közlekedési rendszerekre, közcélú hírközlési és távközlési rendszerekre, valamint mindazon szolgáltatásokra, amelyek bármely ember számára elérhetők és használhatók.

Fontos követelmény, hogy az adaptált környezetnek nem csak a tevékenységek végzésének lehetőségét, hanem annak biztonságát is meg kell teremtenie.

Közszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára

- *Jogbiztonság területén:* az állampolgári jogok megerősítése és garantálása, valamint a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem és az esélyegyenlőség általános érvényesítése mind a jogalkotásban, mind a jogalkalmazásban fontos területe a társadalmi befogadásért tett erőfeszítéseknek.
- *Szociális ellátórendszer területén:* a szolgáltatást igénybe vevők önálló életvitelének és készségeinek erősítése, segítő közösségek bevonása, a szolgáltatások biztonságos működési feltételeinek megteremtése.
- *Oktatás területén:* Az oktatásban jelentkező hátrányos megkülönböztetés felszámolása, a fogyatékos és sajátos nevelési igényű gyermekek integrációja, a gyermekek többlétféle támogatása, a pedagógusok komplex felzárkóztató programokra felkészítése.
- *Egészségügy területén:* a hátrányos helyzetű rétegek speciális szükségleteit szem előtt tartó prevenció programok indítása, a szolgáltatások fejlesztése, és a hozzáférés javítása.
- *Információs technológia területén:* az e-esélyegyenlőség területén a számítógép használathoz és az internethez való hozzáférés javítása.
- *Kultúra és a sport területén:* a kultúra integrációs szerepének erősítése, a könyvtárak a múzeumok, a közművelődési színterek hozzáféréseinek javítása, a szabadidős lehetőségekhez való jobb hozzáférés biztosítása.
- *Fizikai és információs hozzáférhetőség területén:* az info-kommunikációs akadálymentesítés biztosítása, a foglalkoztatási lehetőségek biztosítása, oktatási, felsőoktatási esélyteremtő programok, valamint szociális és egészségügyi szolgáltatások biztosítása, társadalmi tudatformálás, a civil szervezetek bevonása a döntéshozatalba.

Akadálymentesítés az egészségügyi ellátásban

A szociális ellátások területén a fogyatékos személyek saját lakókörnyezetben történő ellátása kap prioritást. A rehabilitációt szolgálják a fogyatékos és megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítő programok.

Az egyenlő bánásmód követelményét az egészségügyi ellátással kapcsolatban érvényesíteni kell, különösen az egészségügyi szolgáltatásnyújtás során

- a betegségmegelőző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvétel
- gyógyító-megelőző ellátás
- a tartózkodásra szolgáló helyiségek használata
- az élelmezési és egyéb szükségletek kielégítése során

Az egészségügyi intézmények nagy része úgy épült, hogy a tervezési előírások között még nem szerepelt a jelenleg már kötelezően előírt akadálymentesítési követelmények, ezért az épületek nem tudják kielégíteni akadályozott embertársaink mindennapi életét megkönnyítő elvárásait.

- az épületekben ritkán van akadálymentes mellékhelyiség,
- a bejárat általában csak lépcsőkkel közelíthető meg,
- nincsenek korlátok, kapaszkodók,
- felvonó nincs a bejáratnál,
- a főbejárat nem akadálymentes,
- a főbejáraton nincs automatikus ajtó beépítve,
- a parkolók nem megfelelően kialakítottak, a látássérültek számára nincsenek vezetősávok, Braille feliratok,
- a kommunikációs akadályozottsággal élők számára nincs megfelelő információs táblarendszer,
- az akadálytalan közlekedés biztosítására nem megfelelőek a folyosók, ajtók,
- az információkhoz való hozzájutás szinte mindenki számára nehezített.

A hozzáférhető környezet feltételei az egészségügyi intézményben:

Megközelíthetőség. A berendezések legyenek megközelíthetők (akár kerekesszékekkel is), a folyosók megfelelő szélességűek, csökkenjenek a megteendő távolságok.

Elérhetőség. A berendezések mindenki számára elérhetőek, kezelhetőek, működtethetőek, általában a felsőtest és a kéz együttes elérési tartományába kerüljenek.

Kezelhetőség. A környezet részletei felületképzése, elhelyezése a rendeltetésszerű használatot elősegíti

Felismerhetőség. Orientációs feltételek: az akadályozott személy környezetét mindig egységesen láthassa, közlekedését, tevékenységét azok alapján megtervezhesse (térkép). Információs feltételek: a szükséges felvilágosítást táblák, hangos bemondó segítségével megkaphassa.

Biztonság. Balesetekkel szembeni fokozott személyi védelem és a működés, működésképesség biztonságát jelenti.

(Reisz, és mtsai., 2009)

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA BESZÉD ÉS NYELVFEJLŐDÉSI ZAVARBAN SZENVEDŐ SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN

A beszéd személyiségünk egyik legfontosabb megnyilatkozási módja, a nyelvhasználat a társas érintkezés alappillére. A beszéd hiánya az a sérüléstípus, amely a leggyakrabban vezethet társadalmi kirekesztettséghez. Mivel a beszéd és a gondolkodás erős kölcsönhatásban fejlődik, a kommunikációs képességek károsodása érinti az intellektuális, érzelmi és akarati életet is.

A beszédzavarban szenvedő személyek kommunikációban való akadályoztatottsága aláhúzza a speciális kapcsolatteremtés és bánásmód szükségességét. Összefoglaljuk azoknak a szempontoknak és eszközöknek a bemutatását, amelyek lehetővé teszik az információátadás és -megértés folyamatait a beszédben akadályozott személyek ellátása során, illetve példákon keresztül mutatjuk be az intézetbe érkező beteg ellátásának specifikumait.

Ellátási helyzetben törekednünk kell arra, hogy a páciens megértse mit fogunk csinálni, és milyen segítséget várunk tőle. Nonverbális eszközökkel, a beteg egyenrangú partnerként való kezelésével, jelzéseinek figyelembevételével kialakulhat egy „közös nyelv”, amely lehetővé teszi az ellátást.

Az augmentatív kommunikáció

Az alternatív és augmentatív kommunikáció a modern gyógypedagógia és rehabilitáció elengedhetetlen részeként a sérült emberi kommunikáció okozta súlyos érzelmi, intellektuális és szociális hátrányok kiküszöbölését, de legalább csökkentését szolgálja.

Az augmentatív kommunikáció „az érthető beszéd hiánya következtében súlyosan károsodott kommunikációs funkció átmeneti, vagy tartós pótlására szolgáló kommunikációs rendszerek csoportja”. Lényege a kapcsolatteremtés képességének, a gondolatok, érzelmek megosztásának, közös értelmezésének kialakítása, kibővítése úgy, hogy a hiányzó beszéde helyett a sérült személy nonverbális úton fejezze ki magát.

„Augmentálni” azt jelenti: kiegészíteni, gazdagítani, hozzátenni. Arról van szó, hogy az érthető beszédre képtelen emberek nonverbális jelzésekkel fejezik ki magukat - pl. bőlintással, hangjelzésekkel, gesztusokkal, tekintetük irányulásával -, és ezeket a jelzéseket egészítik ki az augmentatív kommunikációs rendszerek bárki által értelmezhető közlésekké. Mivel a sérült emberek közt nagy egyéni különbségek vannak abban, hogy milyen eszközöket képesek használni, az augmentatív módszerek rendkívül változatosak. Használhatnak például jelnyelvet, betűket, vagy mindkettőt; ezenkívül rajzokat és fotókat is. Az augmentatív kommunikáció nem is

helyettesíti és nem is pótolja csodaszerként a hiányzó vagy súlyosan károsodott beszédet, csak kiegészíti a meglévő kommunikációs módokat.

Milyen betegségekben használható ez a kommunikációs forma?

1. A mozgáskorlátozott emberek képezik a grafikus, műszaki és elektronikus segédletek legkorábbi fő célcsoportját: a korai agyi károsodások mellett a progresszíven előrehaladó bénulások, agysérüléssel együtt járó baleseti károsodás, agyvérzés, vagy átmenetileg korlátozott beszédképesség esetén jól alkalmazható ez a kommunikációs forma.
 - a. a *súlyosan mozgáskorlátozott* afáziás egyének esetében elsődlegesen a grafikus és elektronikus jelzésrendszerek kínálóznak. A cél a kommunikációra alkalmas segédeszköz használatának a megtanulása, később a fokozottan elvontabb jelrendszerek megértése a Bliss-jelektől az írott nyelvig.
 - b. A *kevésbé súlyosan mozgáskorlátozott*, diszfáziában szenvedő emberek, valamint sok értelmileg akadályozott személynél is használható ez a kommunikációs forma. Náluk a hangzó beszéd értése igen eltérő mértékben fejlődött ki. Legtöbbször logopédiai segítséget kaptak, amely azonban gyakran csak igen lassan, vagy nem kellően vezetett a hangzó beszéd elsajátításához. A kommunikációs lehetőségek hosszas hiánya miatt késlekedett más területen is a fejlődésük, és szociális problémák alakultak ki, ezért az a cél, hogy egyrészt támogató kommunikációs eszközzel korai segítséget nyújtsunk a hangzó beszéd megértéséhez és használatához. Egyidejűleg az augmentatív és alternatív kommunikáció segítségével megpróbáljuk megoldani a beszédzavar által kialakult szociális problémákat.
2. a második csoporthoz tartoznak azok a gyermekek, fiatalok és felnőttek, akik elsajátították ugyan a hangzó beszédet, de csak nehezen érthetően tudnak beszélni. Ez kommunikációs problémához vezet, különösképpen idegenekkel, ismeretlen tartalmakról folytatott eszmecserekből, valamint erős háttérzajok esetén. Az első csoporthoz tartozókkal ellentétben a hangzó beszéd az elsődleges kommunikációs eszközük. A fejlesztés célja felismertetni az érintettekkel, mikor és mivel kell a beszédet alátámasztani, hogy jobban megértsék őket, és az, hogy közvetítsük nekik az ehhez szükséges eszközöket.
3. Ehhez a csoporthoz azok tartoznak, akik a hangzó beszédet életük során kellő mértékben sem megérteni, sem alkalmazni nem tudják, mindenekeelőtt az értelmileg súlyos fokban akadályozott személyek, autisztikus zavarral élők, vagy pl. auditív agnózia / „beszédsiketség” esetén (hallási képesség ellenére sem érti a hallottakat). Őket az augmentatív és alternatív kommunikáció elsődleges nyelvként szolgálja, mind a beszédértés, mind a kifejezés terén.

Az augmentatív és alternatív kommunikációt tekinthetjük a kommunikáció-tudomány legfiatalabb, gyorsan növő rész tudományágának. Más tudományágakhoz hasonlóan ez is a gyakorlatból nyerte gyökereit, ebben az esetben abból a felismerésből, hogy a nem, vagy alig beszélő, értelmileg, látásban,

hallásban, mozgásban akadályozott, autisztikus tüneteket mutató és halmozottan sérült emberek is

- képesek,
- igényük van,
- jogosultak a kommunikációra.

Az akadályozott kommunikációt támogató eszközök

Ezek az érthető beszéd hiánya következtében súlyosan károsodott kommunikációs funkció átmeneti vagy tartós pótlására szolgáló kommunikációs eszközök csoportja.

Segédeszközök nélküli kommunikáció lehetőségei:

- mutató
- igen/nem gesztusok
- mimika
- általánosan közérthető, természetes gesztusok
- jelnyelv alapfokon
- hangjelzések
- gesztus és beszéd/hangadás kombinációja
- gyermek által adott gesztusok
- MAKATON (a jelnyelv egy speciális kommunikációs módszer a tanulási nehézségekkel küszködő, fogyatékos gyerekek számára)

A sérült ember nonverbális úton fejezi ki magát: hangjelzések, gesztusok, manuális rendszerek, jelnyelv és/vagy kommunikációs táblák vagy kommunikátorok segítségével. Minden alternatív, augmentatív kommunikációs rendszer több, egyénre szabott kommunikációs eszközből áll.

Segédeszközökkel folytatott kommunikációra felhasználhatók:

- tárgyak
- képek
- fényképek
- rajzok, ábrák
- jelkép kommunikációs rendszerek (Bliss)
- Braille-írás
- PCS
- mesterséges beszéd
- írás
- kommunikátorok
- számítógép, képkommunikációs rendszerek (Boardmaker, PCS)
- Boardmaker program (CD)
- jelnyelvi formák (Siket)
- MAKATON

Bliss jelképrendszer

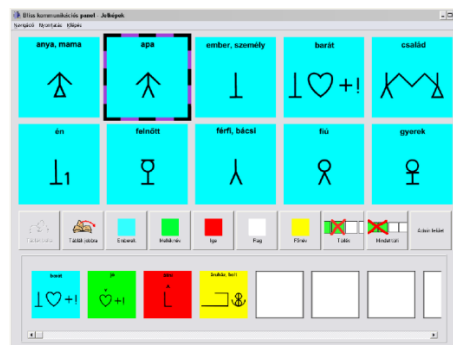
A Bliss-nyelv az augmentatív kommunikációs rendszerek egyike. Nemzetközi, saját nyelvtannal rendelkező, grafikus jelképrendszer (amolyan grafikus eszperantó), amelyben a dolgokat, fogalmakat, cselekvéseket stb. nem képekkel, hanem jelképekkel fejezi ki.

A Bliss-nyelv ma 120 alapjelképből áll, ezek alkotják a 2400 hivatalos Bliss-jelképet.

A mai napig bővül a Bliss-szótár. A Bliss-nyelv rugalmassága lehetővé teszi, hogy a megtanult jelképek számától függetlenül, már a kezdetekkor is képes legyen az egyén kommunikálni, majd később a ragozás és a többi nyelvtani szabály megtanulása után hibátlan nyelvi szerkezetű mondatokat használhat. A Bliss-szótár az augmentatív kommunikációs közé sorolt nonverbális grafikus jelképrendszer.

A Bliss-jelképrendszerben (1. ábra) a nyelvi elemeket tartalommal értelemszerű összefüggésben lévő jelképek ábrázolják, amelyek üzenethordozóként szolgálják a beszédképtelen személy kommunikációs törekvéseit. (Bliss-Alapítvány, 2013)

Az alábbi táblán a kiemelt négyzet jelzi a kívánt szót.



1. ábra BLISS-jelképrendszer

(https://www.researchgate.net/publication/238474375_Electronic_usage_of_BLISS_symbols)ISS-jelképrendszer

Az augmentatív kommunikációs módszerek közé sorolt nonverbális grafikus képrendszer (2. ábra). A PCS képkommunikációs rendszerben a nyelvi elemeket képek ábrázolják. Alkalmas különféle gondolat tartalmak széleskörű használatára.



2. ábra Kommunikátorok (<http://slideplayer.hu/slide/3034400/>)

Kommunikátorok

A kommunikátorok olyan „beszélő gépek” (3-4. ábra), amelyek a rájuk mondott szöveget érintésre, nyomásra vagy kapcsolók közbeiktatásával, azok megnyomására „kimondanak”. A kommunikátorokra különféle képek, jelképek, szavak stb. kerülnek fel, a szöveget a terapeuta (hozzátartozó) mondja rá.



3. ábra Kommunikátorok (<http://slideplayer.hu/slide/3034400/>)



4. ábra Kommunikátorok (<http://slideplayer.hu/slide/3034400/>)

Kommunikációjukban sérült személyek egészségügyi ellátásának specifikumai

Az intézetbe jutás szervezési feladatai

A jelzett akadályozottsággal élő személyek ellátása gondos előkészületeket igényel. Az első találkozás alkalmával kísérje el egy őt jól ismerő hozzátartozó, gondozó, vagy személyi segítő. A személyes okmányokon kívül legyen nála a korábbi betegdokumentációja, a rendszeresen szedett gyógyszerek listája, a gyógyszerérzékenységre, valamint a szokásaira és speciális szükségleteire vonatkozó leírások, valamint a szükséges segédeszközök. A legjellemzőbb a „kommunikációs tábla”, amely a sem beszélni, sem olvasni, sem írni nem tudó beteggel való kommunikációt segítheti.

Betegfelvétel

Amikor a beteggel beszélünk:

- alakítsunk ki bizalomteljes légkört,
- próbáljuk oldani szorongását, és motiváljuk a beszédre (hozzá intézzük kérdésünket, ne kísérőjéhez),
- minimalizáljuk a zavaró körülményeket (lehetőleg a kezelőbe más ne legyen),
- egyszerre csak egy ember szóljon a beteghez,
- beszédünk legyen tagolt, és jól artikulált (ne legyen túlzott),
- a beszédünk ritmusa legyen azonos tempójú és közepes sebességű,
- nem szükséges az átlagosnál hangosabban beszélni,
- egyszerű rövid mondatokat használjunk,
- beszédünket egészítsük ki a szokásosnál kifejezettebben nonverbális eszközökkel,
- a hibákat tapintatosan javítsuk, de csak akkor, ha ez lényeges a megértés szempontjából,
- lehetőleg ne szakítsuk félbe, hirtelen ne váltsunk témát,
- először a beteget hallgassuk meg, és csak szükség esetén kérjünk kiegészítést a kísérőtől,
- ösztönözzük a beteget arra, hogy ő is használjon metakommunikációs eszközöket.

Az ápolói anamnézis tartalmazza a speciális szükségleteket, és azok megvalósítási módjait, a segítség mértékét, lehetőségeit.

A beteg érkezésekor, elhelyezésénél figyelembe kell venni, hogy a kórterem lehetőleg a nővérállomás közelében legyen, és tartózkodjon benne legalább egy jól kommunikáló beteg.

Kommunikációjukban sérült személyek ellátásának pszichológiai aspektusai

A szenzoros afáziás beteg úgy éli meg a beszédet, mintha számára ismeretlen, idegen nyelv lenne. Általában gyenge szintű az ismétlés képessége is. Bizonyos szenzoros afáziák esetén az írott és olvasott beszéd megértése is károsodott, de az ismétlési képesség megmarad. Rendszerint birtokában maradnak teljes intellektuális kapacitásuknak is. Az agyi károsodás következményei miatt a beszédértési nehézségek mellett fel kell mérnünk, vannak-e, és milyen mértékű írás-olvasási, esetleg számolási zavarok, melyek tovább nehezítik a pácienssel való kommunikációt.

Pl: szenzoros afáziás beteg folyékony beszéde: „időnként fellobnak, feldobom magam. Tegnap egy kicsit nagyon. Sokat javítok még, látjuk esetén területeit.”

Nyelvtanilag helyes, de tartalmatlan mondatok. Így jönnek létre kitalált szavak, vagy hibásan választott főnév. A fogalom szintjének sérüléséről van szó. Figyelembe kell vennünk továbbá, hogy a szenzoros afáziák esetén különböző emlékezeti zavarok is szóba jöhetnek.

A beszédmegértés károsodása a viselkedés szervezésében, érzelmek szabályozásában zavart okozhat, különösen az ingerlékenységet növelheti. Súlyos esetben a beteg nincs tudatában beszédmegértési zavarának, ennek következtében viselkedése inadekvát, nem a körülményeknek megfelelő.

Összefoglalás

A beszédükben akadályozott embereknél ugyanolyan magas szintű a kommunikációs igény, mint bármelyikünkénél. Legfontosabb feladatunk az ellátás során, hogy hozzásegítsük őket a megfelelő információátadáshoz, és magunk is tudjunk alkalmazkodni a kommunikáció alternatív módjaihoz. Az akadályozott kommunikáció kiküszöbölésére számos eszköz és technika áll rendelkezésre (kommunikációs tábla, adaptált számítógép, kommunikátor). Ezek alkalmazására az egészségügyi ellátás fenti alaphelyzetéből adódóan kevés lehetőség nyílik, azonban megfelelő mértékű figyelemmel és a közlések nonverbális útjaival megkönnyíthetjük a páciensek helyzetét.

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA HALLÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN

A hallássérült személyek kommunikációja az egészségügyi ellátás során rendkívül nehezített. Célunk azoknak a szempontoknak és eszközöknek a bemutatása, amelyek lehetővé teszik az ő számukra is a különböző szolgáltatásokhoz, információkhoz való hozzáférést.

Az ellátás speciális feltételei

Különböző módon kommunikálhatunk hallássérült személyekkel.

A hatékony módszer kiválasztása több tényezőtől függ:

- milyen mértékű a károsodás: teljes, részleges, ha részleges, hord-e hallókészüléket, mekkora a hallásmaradvány?
- mely életkorban kezdődött a halláskárosodás?
- kapott-e sérülés-specifikus oktatást, ismeri-e a sérülést kompenzáló lehetőségeket?
- milyen mértékű a nyelvi készség szintje?
- milyen a látás, és az ezzel összefüggő szájról olvasás készsége?
- milyen a szocializáció, a családi környezet, és az ezzel összefüggő kommunikációs belső késztetés?
- a személyiség kifelé forduló, közlékeny, vagy bezárkózóvá tette a károsodás?

Ha a hangzó beszéd kialakulása után kezdődött a halláskárosodás, akkor bizonyára csak kiejtési zavarokra számíthatunk, ha korai a károsodás, akkor előfordulhatnak az érthetőséget súlyosan nehezítő beszédhibák. Tudnunk kell, hogy a siketséghez társuló beszédképtelenség a belső beszédet, a gondolkodást is befolyásolja, ezért az asszociációs készség, a gondolatok kifejezésének grammatikai gyengesége pontatlanná teheti a közlést, így félreérthető lehet a beszéd tartalom.

A kommunikációra választható lehetőségek: beszéd, jelnyelv, ujj abc, jeltolmácsolás, írás, testbeszéd, és ezek bármely kombinációja jó lehet. A kulcs annak felismerése, hogy az adott esetben melyik a legcélravezetőbb.

Kommunikációs nehezítettség hallókészüléket viselő személynél

Nagyon megnehezíti a hallási differenciációt (a hangok megkülönböztetését) és a hallottak értelmezését, ha háttérzaj van. A legtöbb hallókészülék extrém módon felerősíti a környezeti zajokat, és éppen a beszédhangok maradnak nehezen érzékelhetőek.

Ez nem csak az utcai forgalomban, járműveken való utazáskor van jelen, hanem ilyen helyzetet teremt rádió, TV működése is, hiszen ezek a zajok tovább rontják a hallásmaradványt. Erre figyelemmel kell lennünk, ha azt akarjuk, hogy a kommunikáció kevesebb akadályba ütközzön.

Legjobb, ha lekapcsoljuk vagy lehalkítjuk a készülékeket, és a szájról olvasás megkönnyítése érdekében a klienssel szemben helyezkedünk el úgy, hogy az arcunk jó megvilágosításba kerüljön.

Nem jó háttal helyezkedni a fénynek, hiszen így a szájmozgás nehezen észlelhető.

Hallássérült emberek nagyon jó hatásokkal használják a szájról olvasást, ha a mimikánk, gesztusnyelvünk megfelel a közlési tartalomnak, a szájmozgásban nem artikulálunk feleslegesen, extrém módon megemelve a hangerőt.

Tanácsok siket személlyel való kommunikáció esetében:

- Hívja fel magára a siket személy figyelmét, mielőtt beszélni kezd
- Nevén kell szólítani, ha ez nem elég, a váll érintése, egy intés vagy egyéb jel is megteszi.
- A siket embernek szüksége van arra, hogy előre tudja, milyen témában fognak beszélgetni, azért, hogy beillesse a szavakat, amelyek segítik a beszéd folytatásában, ez különösen fontos olyan siket embereknél, akik szájról olvasásra támaszkodnak.
- Tartsunk szemkontaktust, ami alátámasztja a közvetlen kommunikáció érzését. Ez akkor is így legyen, ha tolmács segítségével beszélgetünk. Nyugodtan használjuk az „én” és „te” kifejezést, kerülni kell a harmadik ember bevonását, és a „mondd meg neki te” kezdetet.
- Kerülni kell, hogy éles fényforrás elé álljunk, mert az arcon kialakuló árnyék szintén nehezíti a megértést.
- Rövid mondatokat használjunk. Ha a mondatot nem érti beszélgetőpartnerünk, először ismételjük meg, ha akkor sem érti, fogalmazzuk át, fölösleges ugyanazt ismételtetni. Szükség esetén írjuk le mondandónkat.

A tolmácsoláshoz nem elegendő a jelnyelv ismerete, szükség esetén **hivatásos jeltolmács kell**, aki képzett szakember és köti az etikai kódex. A tolmácsszolgálat kérésekor jelezni kell, ha speciális szaknyelv használata szükséges. Ha másfél óránál hosszabb a program, két tolmácsra van szükség, hogy válthassák egymást. A tolmács mindig kicsit az előadó mögött jár, mindig adni kell neki időt, hogy az adott szakaszt befejezze, és a siket személy is hozzászólhasson, feltegye kérdését.

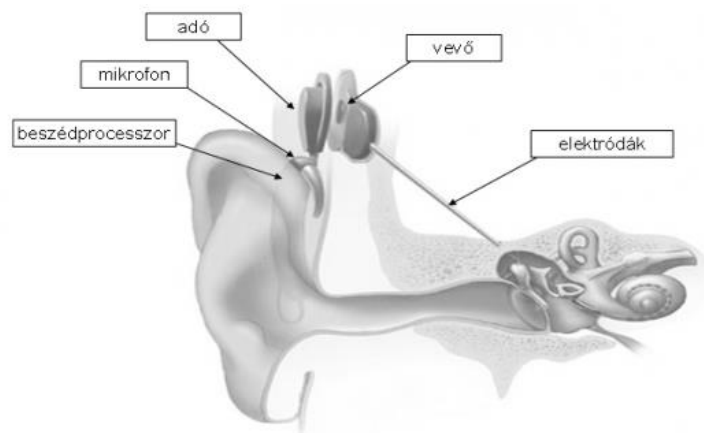
A hallássérült emberek által használt segédeszközök

A **hallókészülékkel** történő ellátás elsődleges célja, hogy a készülék biztosítsa a beszéd meghallásához legmegfelelőbb erősítést. A hallás javítására kifejlesztett készülékek manapság szinte minden igényt ki tudnak elégíteni. Méretük igen változatos, a fül mögé helyezhető változattól egészen a hallójáratba mélyen behelyezhetőig, hozzáférhetőek analóg és digitális rendszerek is. A kiválasztást szakemberek segítik, az adott hallássérülésnek megfelelő erősítésű készülék közül a páciens választja ki a számára legjobb hangzásút, majd tovább finomítják a készülék beállítását. A hallókészüléket audiológiai állomásokon audiológus szakorvos írja fel, ahol egyúttal felkészítik a hallássérült személyt a készülék viselésére, karbantartására.

A hallókészülék elemekkel működik.

A **cochleáris implantáció** (5. ábra) azoknak a hallássérülteknek nyújt lehetőséget a hallásra, akiknél súlyos hallásvesztés következtében nincs lehetőség a maradéktalan hallókészülékes (re)habilitációra. A cochleáris implantátum egy olyan összetett technikai eszköz, mely közvetlenül a hallóidegre küld elektromos impulzusokat, tehát ugyanazt a feladatot végzi el, mint az ép hallószerv esetében a szőrsejtek. A cochleáris implantátum több elemből áll, melyek egy részét a hallássérültek koponyájába operálják, közvetlenül a fejbőr alá, ill. a belső fülbe vezetik, más részeit pedig kívül a testükön viselik.

A cochleáris implantációs műtét sikeressége sok tényezőtől függ. Azok esetében, akik hallásukat a hangos beszéd kialakulása után veszítették el, szinte 100%-os beszédértést lehet elérni a szájról olvasás teljes kizárásával, ha a sérülést követően minél hamarabb kerül sor a műtetre. A veleszületett hallássérülésnél akkor várható a legjobb eredmény, ha a gyermek műtétjére minél fiatalabb korban kerül sor.



5 ábra Cochlearis implantáció (http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=9&jaid=61)

Az optimális beszédértés elősegítésére, a közlő és a hallgató közötti távolság és a háttérzaj problémájának kiküszöbölésére fejlesztették ki az adó-vevő készülékeket. A hallássérült emberek információhoz való hozzájutását, tájékozódását megkönnyítő fény- és vibrációs jelzőberendezések (ajtócsengő, kisbaba sírásjelző, ébresztőóra, riasztó) kifejlesztésére került sor, valamint az infokommunikációs eszközök és szolgáltatások (mobiltelefon SMS szolgáltatása, telefax, internet, e-mail) is elősegítik az információkhoz való egyenlő hozzáférésüket.

Hallókészülékek csoportosítása (6. ábra)

Elhelyezés szerint:

- Fül mögé helyezhető
- Fülkagylóba helyezhető
- Hallójáratba helyezhető
- Mély hallójáratba helyezhető
- Szemüvegszárba épített
- Dobozos testen viselt



6. ábra Hallókészülékek típusai (<http://www.reofon.hu/hallokeszulekek/tipusai>)

Működés szerint:

- Analóg
- Digitálisan programozható analóg
- Digitális

Az analóg hallókészülékek, amelyek 2006-ig kizárólagosan uralták a piacot, minden hangot felerősítettek. A mai digitális készülékek sokkal intelligensebbek analóg társaiknál. A digitális hallókészülékek felerősítik a számunkra hasznos hangokat – mint a beszéd – közben csökkentve a számunkra zavaró háttérzajokat.

Napjaink digitális hallókészülékei annyira pontosak, hogy a viselő személy audiogramjának megfelelően, egyedileg lehet őket beprogramozni bizonyos frekvenciatartományok erősítésére. Egyes készülékek akár még a beszéd egyes mássalhangzóit is képesek megkülönböztetni, mint például a „kés” és a „két” szavak végén hallható „s” vagy „t” hangot.

A digitális hallókészülékek speciális tulajdonságai:

A digitális hallókészülékekben használt processzorok komplex matematikai műveletek alapján ismerik- és dolgozzák fel az egymástól eltérő hangokat (a hangerő növelésével vagy csökkentésével), és juttatják el az így módosított hangokat a hallókészülék viselőjének fülébe. Ezt nevezzük digitális jelfeldolgozásnak.

Folyamatos, hangos hangok esetén például, mint amilyen a teherautó motorjának a zúgása, a digitális jelfeldolgozás „összetömöríti” a hanghullámokat, hogy halkabban halljuk őket. Ellenkező esetben, ha a készülék beszédet érzékel, növelni fogja a beszédhangok erősségét.

A digitális hallókészülékek automatikusan felismerik, hogy milyen környezetben vagyunk (csendes könyvesboltban vagy egy zajos étteremben), és automatikusan átváltanak a környezethez illő beállításra. Mindent egybevetve, a digitális hallókészülékek minden eddiginél jobb teljesítményt nyújtanak.

Összefoglalás

A hallássérült személyeknek az egészségügyi ellátás során kommunikációs akadályoztatottság miatt segítségre van szükségük. Ennek módszereivel, eszközeivel és az ellátás speciális feltételeivel ismerkedhettünk meg. A hallássérültek számára a rehabilitációs lehetőségek a megfelelően kiválasztott gyógyászati segédeszközökkel, az életvitelt könnyítő eszközökkel érhetők el.

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA LÁTÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN

„Gyengénlátó személy az, akinek funkcionális látása kezelés és/vagy korrekció után is sérült, vízusa 6/18 (0,3) és fényérzékelés között van, vagy látótere a fixáció pontjához képest 10 foknál jobban beszűkült, de aki használja, vagy potenciálisan használni tudja látását a mindennapok feladatainak tervezéséhez és kivitelezéséhez.” (WHO, 2003)

A gyógypedagógia és a rehabilitáció gyakorlatában ennél bátrabb megfogalmazású definíciók is születtek a közelmúltban, amelyek tisztán funkcionális megközelítésűek.

Látássérült személy az, akinek a látása miatt korlátozottak az alábbi funkciók:

- információszerzés,
- mozgás és tájékozódás – közlekedés,
- önellátás – mindennapos tevékenységek,
- tanulás,
- munkavégzés

A látássérült személyek közlekedésben, kommunikációban való akadályozottsága nem kétséges. Célunk azoknak a szempontoknak és eszközöknek a bemutatása, amelyek lehetővé teszik a látássérült személyek számára is a különböző szolgáltatásokhoz, információkhoz való hozzáférést. Látni fogjuk, hogy a megfelelő eszközök biztosításával a látássérült személyek is képessé válnak számos tevékenység elvégzésére.

Az ellátás speciális fizikai-környezeti igénye

A kórházban való tartózkodást, a kórházon belüli tájékozódást a látássérült személy számára megkönnyíti a vezetősáv (7. ábra), amely elvezeti a vak személyt a kijáratokhoz, lépcsőkhöz stb. A szobák, egyéb funkcionális helyiségek megközelítését vezetőcsíkkal, valamint figyelmeztető jelzéssel javasolt ellátni.

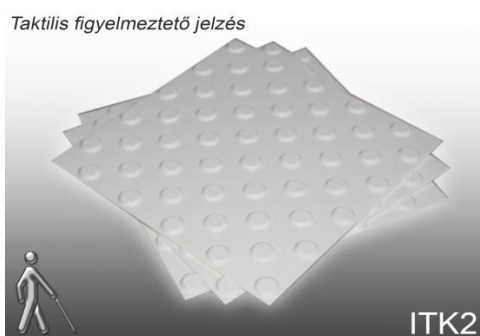


7. ábra Hosszanti vezetősávok a haladási irányban, pontozott figyelmeztető mezők az irányváltásoknál
(<http://www.akadalymentesseg.hu/page/2>)

Az intézményen belüli közlekedést olyan figyelemfelkeltő jelzések is megkönnyítik, amelyek színbeli, hangtani, fénytechnikai szempontból jól elkülönülnek a környezettől.

A vakok és gyengénlátók számára elérhető információforrások közül többféle lehetőség alkalmazható:

- hangjelzések (szóbeli tájékoztatás, figyelmeztető hangok)
- taktilis jelzések (8. ábra) (tapintható, megszokott miliőtől eltérő felületi tulajdonsággal bíró jelzések).



8. ábra Taktilis figyelmeztető jelzés vakok és gyengénlátók számára ([s://akadalymentesites.hu/shop/akadalymentesites-vezetosav-vakok-es-gyengenlatok-szamara/belteri-vezeto-es-figyelmezteto-jelzesek/it-k2-taktilis-figyelmezteto-jelzes-vakok-es-gyengenlatok-szamara](http://akadalymentesites.hu/shop/akadalymentesites-vezetosav-vakok-es-gyengenlatok-szamara/belteri-vezeto-es-figyelmezteto-jelzesek/it-k2-taktilis-figyelmezteto-jelzes-vakok-es-gyengenlatok-szamara))

- Vizuális jelzések (környezettől láthatóan élesen elkülöníthető jelölés)

A jelzéseknek egyértelműeknek és jól észlelhetőeknek kell lenniük. A közlekedést akadályozó berendezési tárgyak (pl. a járófelületen elhelyezett vagy a falra szerelt 10 cm-nél jobban kinyúlóak) balesetveszélyesek a látássérültek számára. Ez a járófelület tulajdonságainak változásával, a tárgyak korláttal való szegélyezésével, valamint figyelmeztető jelzéssel (környezettől jól elkülöníthető színjelzéssel) védhető ki.

A lépcsők széleit lekerekítve, kontrasztos színnel jelölve (9. ábra) ajánlott kialakítani. Felületének minden környezeti, illetve egyéb szennyező hatás ellenére csúszásmentesnek kell lennie.



9. ábra Lépcsőél kontrasztos felfestése (<https://akadalymentesites.hu/shop/akadalymentesites-vezetosav-vakok-es-gyengenlatok-szamara/utanvilagito-aluminium-lepcsoelvedo-profil/lepcsoel-kontrasztos-felfestese>)

A lépcsőkarok kezdetét és végét teljes szélességben figyelmeztető sávval érdemes ellátni.

Ragasztószalag felhelyezésével, festéssel kontrasztos színhatást érhetünk el a korláton (10. ábra). Feltétlenül kerülendő a korláttal ellátott falra 10 cm-nél jobban kinyúló tárgyak beépítése, amelyek balesetet okozhatnak a látássérülteknek, akik a korlátot használják irányadóként.



10. ábra Csúszásmentes, világító ragasztószalag <https://akadalymentesites.hu/shop/akadalymentesites-vezetosav-vakok-es-gyengenlatok-szamara/utanvilagito-aluminium-lepcsoelvedo-profil>

Az ajtókeret színének jól el kell különülnie az ajtótól, valamint a faltól. **Nem ajánlott a keret nélküli üvegtáblás ajtók használata.** Az üvegtáblás ajtókat jól észlelhető módon színes (kör, nyíl) jelzésekkel ajánlott kialakítani. Gyengénlátók számára a sárga öntapadós csíkok alkalmazása az ajtón és az ajtók előtti villanykapcsolókon széles körben elterjedt.

Lifteket, felvonókat **beszélő szoftverrel** való felszerelése megkönnyíti a használatukat. A berendezés bemondja az utasnak, hogy hányadik emeleten van. A felvonókat, lifteket figyelmeztető jelzéssel kell ellátni.

Az ellátás speciális eszközigénye

Segédeszközök a közlekedésben:

- **Elektronikus segédeszközök.** Az elektronikus segédeszközök olyan hordozható eszközök, amelyek ultrahang- vagy lézer-jeleket bocsátanak ki, ezek visszaverődnek az út során, és a készülék konvertálja hallható vagy taktilis jelekké. A segédeszközök hordhatóak kézben, vállon, fejen, kerekesszéken, vagy fehér botra felszerelve és gyakran szolgáltatnak kiegészítő információt a közlekedés során. Ezek segítségével az egyének megtanulják értelmezni azokat az információkat, amelyeket az eszközök az esetleg útjukba eső akadályokról, folyosókra nyíló ajtókról, ablakokról, lejtőkről és emelkedőkről adnak.
- **A GPS** az autóvezetők körében rendkívül népszerű, és a látássérült személyek körében is hasznos lehet, amihez szükség van a térkép hangosítására, illetve arra, hogy az adatbázisok ne csak az utcanevekre, házszámokra korlátozódjanak, hanem tartalmazzanak olyan fontos támpontokat, mint a járda helye, hol vannak gyalogátkelőhelyek, hol vannak aluljárók és felüljárók, vagy azt, hogy az utca melyik oldalán tartózkodnak.

A VakNavi rendszer a www.vaknavi.hu weboldaltól érhető el.

- **Fehér bot.** A fehér bot a kéz meghosszabbítása, valamint jelzés a látók számára (11. ábra). A látássérült ember a következő lépés előtt kitapintja a talajt, hogy az esetleges akadályokról információt szerezhessen.

A fehér bottal való közlekedés legfontosabb feladata, hogy a legnagyobb mértékben biztosítsa, hogy a kliens részt tudjon venni a mindennapi élettevékenységeiben.

Funkciója még a biztonság érzésének biztosítása a tájékozódás során. Míg a jelző botok csupán információt szolgáltatnak arról a környezet számára, hogy a használója látássérült, addig a közlekedésre alkalmas botok az önállóságot és mobilitást biztosítják.



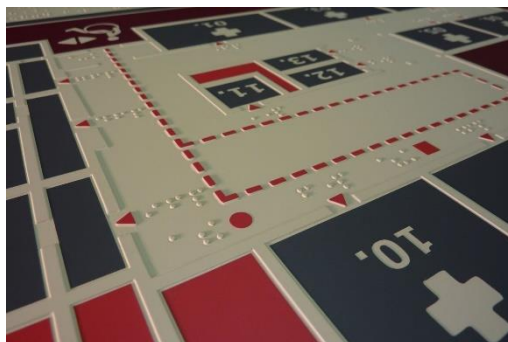
11 ábra Fehér bot. (Forrás: <http://www.vgyke.com/hir/a-feherbot-tortenete/>)

- **Térképek.** Több alcsoportjuk létezik: hangos-, látható-tapintható. Egy tapintható térkép (12. ábra) készítésekor azokat a jeleket szükséges kiemelni, amelyek a látássérült emberek tájékozódását segítik, pl. a telefonfülke feltüntetése, amely lehet akadály egy bejárat előtt, de lehet támpont is, amely jelzi a járda szegélyét. A térképek használata megkönnyíti az információk tárolását, kiküszöböli a felejtésből adódó hibák előfordulását, pl. egy útvonal megtanulása során. Hasonló szerepe van a hangos térképeknek is, ebben az esetben a tájékozódáshoz szükséges információkat kazettán rögzítik. A tapintható térkép a létesítmény nagyvonalú kialakítását jelöli, amely az ott található helyiségek irányvonalát mutatja, tapintható formában. A helyiségeket számokkal jelöli, amelyek listáját egy mellékelt Braille nyomtatásban van mód értelmezni. Az egyszerű átláthatóságért tanácsolt emeletenkénti bontásban elkészíteni.

A hangos térkép hanghordozóra rögzíti az épület belső elrendezésének részletes leírását, valamint a célterület megközelítésének lehetőségeit, felmerülő akadályait. A hanghordozó alkalmazásához szükséges a megfelelő hordozható eszköz (mp3, walkman stb.).

AS hanghordozó, valamint a lejátszó készülék elérhetőségét az információs pultnál, vagy hasonló tájékoztató tevékenységet ellátó központi helyen ajánlott biztosítani (és táblával jelölni) a felhasználók részére.

Az egészségügyi ellátás során a látó vezető válik az egyik legjelentősebb segédeszközzé, főleg, ha más nem áll rendelkezésre a speciális körülmények miatt (pl. sürgősségi ellátás). A látó vezető vagy kísérő pusztán jelenléte is biztonságot nyújt a látássérült személy számára. Az állandó kísérők megtanulják a vezetés különböző technikáit, míg az alkalmi vezetők nincsenek tisztában ezzel.



12. ábra Tapintható térképek (Forrás: <http://iranyito.hu/informacios-tablak/tapinthato-terkepek/>)

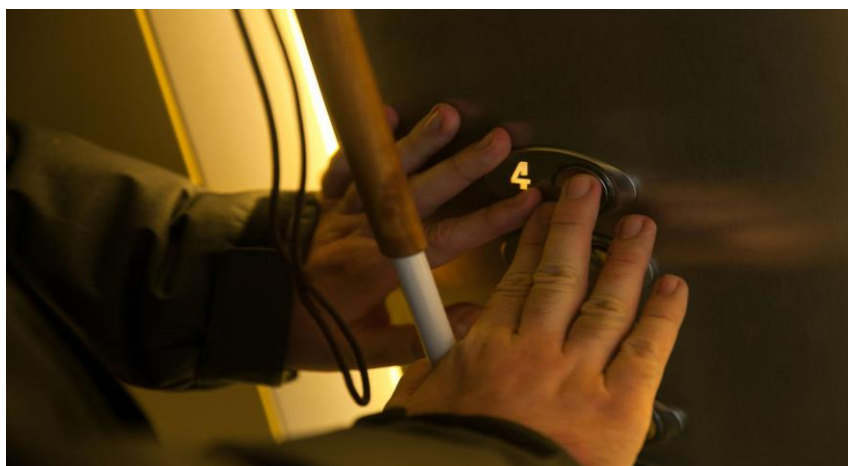
- **Vakvezető kutya.** A segítő kutya speciális kiképzésénél fogva megtanulja, hogyan vezesse látássérült gazdáját nagy forgalmú utakon, felbontott járdájú utcákon, parkoló gépkocsik között, építkezések állványai alatt, gyalogátkelőhelyeken, hidakon, aluljárókban és felüljárókon. Járműveken hogyan viselkedjék, a fel- és leszállásnál, helykeresésnél hogyan segítsen. Mivel a gazdának szüksége van arra, hogy a lehető legtöbb helyre elkísérje őt kutyája, így az intézményekben is lehetőséget kell nyújtani fogadásukra (13. ábra). Ezentúl nélkülözhetetlen a porta- vagy recepciószolgálat, illetve a segítőkész munkatársak jelenléte, akik személyes segítséget és információt nyújthatnak az érdeklődők számára.



13. ábra <http://24.hu/tag/vakvezeto-kutya/>

Helyiségek jelölése

Braille-felirattal és nagyított betűs írással is javasolt, de nem közvetlenül ajtóra helyezve, hanem az ajtókeretre, falra kihelyezéssel.(14. ábra)



2. ábra Helyiségek jelölése

Az értelmi sérült látássérült személyek tájékozódását segítik a piktogramok, amely feltüntetése történhet a nagyított betűvel/Braille-írással ellátott táblákra. Fontos, hogy a funkcionális jelölés (színe, piktogramjai) adott létesítményen belül azonos információt hordozzon.

A nagyított betűs írás a gyengén látók számára akkor olvasható, ha

- a betűtípus az Arialhoz, vagy a Helveciához hasonló, talp nélküli betűtípus
- szín kontrasztos (pl. kék alapon sárga betű)
- anyaga matt, semmiképp nem fényes
- megvilágítása természetes, ha nincs rá mód, mesterséges fénnel kiegészítve

Nagyított betűs jelzések méretének észlelhetősége a távolság függvényében-,
Észlelhetőség távolsága (méterben) $\times 1,5 = \text{betűméret (centiméterben)}$

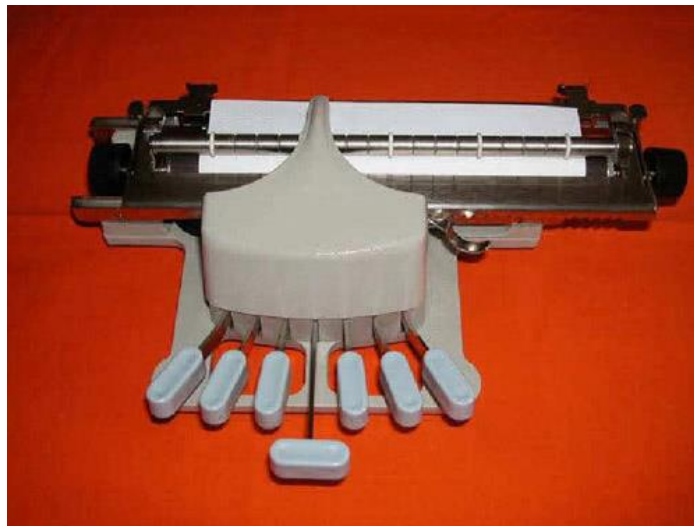
Segédeszközök a kommunikációban

Braille írógép

A Braille írás (pontírás, vakírás) a látássérültek olvasási és írási rendszere, amelyet Louis Braille 1825-ben dolgozott ki. A pontok rendszere az ABC betűit adja ki, számokat és írásjeleket alkot. A Braille karakterek 1-6 domborított pontból állnak, ami 64 különböző konfigurációt jelenthet.

Kivitelezése történhet nyomtatással, Braille-írógéppel, (15. ábra) pontozó segítségével (legalább 120 grammos) papírra, valamint erre a célra alkalmas műanyagra egyaránt.

A sokak számára ismert Braille-írógépet 1950-től gyártják, egykezes, elektronikus, illetve gyermek változatok ismertek. Ma már a Braille módszert alkalmazó nyomtatóval ellátott számítógépek segítségével gyorsabb az olvasható anyagok előállítása. Ergonómiai szempontból és többfunkciós szerepüknel fogva egyre nagyobb tér hódítanak az elektronikus írógépek, melyek csatlakoztathatók PC-hez.



3. ábra Braille írógép (Forrás:http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0021_12_sni_tanulok_tamogatasa_ikt_eszkozokkal/722_rzkszervi_fogyatkosok_ltssrtek_egyttnevelse_egyttoktatsa.html)

Számítógép, scanner, nyomtató

A látás, illetve a látássérülés mértékével egyenes arányban növekszik az adott ember számára a világháló használatának jelentősége. A számítástechnika napjainkban a látássérült emberek számára sok hasznos és egyre inkább nélkülözhetetlen lehetőséget rejt magában a tanulás, a munka, és a szabadidő terén is.

Világháló használata:

- szolgáltatásokkal kapcsolatos információk,
- menetredek
- nyomtatott médiumok híreihez való hozzáférés
- üzletek, áruházak kínálata, árak összehasonlítása
- pályázati kiírások
- munkalehetőség keresése
- egyéni érdeklődésnek megfelelő tájékozódás
- elektronikus könyvek keresése, letöltése
- ügyfélfogadási és nyitvatartási rend megtekintése
- tájékozódás a kulturális intézmények programjairól

A számítógép használatát nagyítóprogramok és képernyő felolvasó programok teszik lehetővé a látássérültek számára.

A vak emberek számítógép használatához egy ún. képernyőolvasó szoftverre és egy kapcsolódó szövegfelolvasóra (beszédszintetizátor) vagy egy (Braille) kijelzőre van szükség. A gyengén látók többnyire nagyméretű monitorokkal és/vagy képernyőnagyító szoftverekkel oldják meg a számítógép használatát. A siketvak emberek számára kizárólag a – tapintható információt nyújtó – pontírású kijelzővel felszerelt számítógép jelent megoldást. Mindhárom fogyatékos csoport számára alapvető a lapolvasó és az optikai karakterfelismerő program.

Mobiltelefonok

A látássérült emberek számára sokféle segédprogram áll rendelkezésre a mobiltelefonok használatának segítésére (legalábbis külföldön). A gyengén látók számára a különböző nagyítóprogramok fejlesztése jelent segítséget, míg a vak embereknek a sms-ezés és egyéb funkciók felolvasása célszerű.

Optikai segédeszközök

A megmaradt, fejleszthető látás minél jobb kihasználása érdekében szükséges lehet az optikai segédeszközök használata olyan tevékenységek elvégzése során, mint az olvasás vagy egyéb szabadidős tevékenységek. Funkció szerint két nagy csoportot különítünk el:

nagyító eszközöket és látótérkiesést kompenzáló eszközöket. A nagyítók között több típus van (kézi, összecsuksútható, szövegre helyezhető, nyakba akasztható, szemüvegre helyezhető, távcső- nagyító (16. ábra). Az optikai eszközök másik csoportját a távcsövek alkotják, melyek között egyszemes és kétszemes fajtákat ismerünk. A távcsöveket a közlekedés során elsősorban statikus objektumok leolvasására, megfigyelésére alkalmazható (táblák feliratait, közlekedési lámpák, álló járművek számainak megállapítása).

A súlyosan látássérült, aliglátó emberek számára a nagy nagyító erejű elektronikus nagyítók nyújtanak segítséget. Ennek van asztali (olvasótévé) és hordozható formája is, mindegyikük beépített kamerát és monitort tartalmaz.



16. ábra Távcsőszemüveg (Forrás:http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0021_12_sni_tanulok_tamogatasa_ikt_eszkozokkal/722_rzkszervi_fogyatkosok_ltsrtek_egyttnevelse_egyttoktatsa.html)

Hangos könyvek

Akiknek az olvasás a szokásos módon nem oldható meg, azoknak lehetőségük van hangoskönyvek használatára. A látássérült emberek számára a Braille-ben elérhető könyvek száma rendkívül kevés, az informatikai eszközök többsége drága, vagy hazánkban nehezen hozzáférhető, így az olvasás élményét, a szórakozás lehetőségét a hangos könyvekből szerzik. A kazettás technikát ma már digitális technika váltja fel, amely számítógépen egyszerűen hozzáférhető, archiválható, az adattárolás jóval kevesebb helyet foglal, míg az előbbinél egy könyv akár 10 kazettát is felölelhet.

Hangos kijelzők, beszélő eszközök

A mindennapi életvitelt megkönnyítő konyhai eszközök (pl. beszélő mérleg) és egyéb segédeszközök (beszélő cukorszintmérő, vérnyomásmérő) tartoznak ide, valamint azok a háztartási berendezések, amelyek hangos kijelzővel ellátottak ilyen pl. az étel elkészültét jelző tűzhely.

Nyomtatók

A látássérült emberek közül a gyengén látók és alig látók bizonyos látási feltételek mellett a megfelelő optikai és/vagy elektronikus segédeszközzel tudnak olvasni, az anyagok kinyomtatása felnagyított formában sokszor gazdaságtalan és nem áll rendelkezésre eszköz hozzá. A számítógépekhez kapcsolható Braille-nyomtatók kevésbé terjedtek el hazánkban (17. ábra), hiszen nehezebbek, nagyobbak, drágábbak a síknyomtatást előállító társaiknál, karbantartásuk is nehezebb, valamint a magyar ABC betűinek konverziójára is előzetesen szükség van a jellemzően svéd gyártmányú nyomtatók szoftverei miatt.



47. ábra Braille nyomtató (Forrás:<https://sg.hu/cikkek/it-tech/44547/elkeszult-az-első-inkjet-braille-nyomtato>)

Egyéb hordozható eszközök

A látássérült emberek számára a hordozhatóság és a számítógépes felolvasás lehetőségét egyszerre biztosítják a laptopok. Egyik fajtája a PAC Mate, egy kifejezetten vak emberek számára készült kézi számítógép, melynek képernyőolvasó programja is van, és Braille-kijelző csatlakoztatható hozzá. Kiseb, mint egy notebook, hiszen nincs vizuális kijelzője, és kis súlyú. A MOST (Mobil Segítőtárs) egy jelenleg fejlesztés alatt álló hardveres kiegészítő eszköz és egy szoftver kettőse, amely az alábbi szolgáltatásokat tartalmazza: óra, ébresztőóra, számológép, telefon, e-mail, magnó, névjegyzék, könyvtárkezelő program, játékok.

Kommunikáció és az információátadás specialitásai

Kommunikáció specialitásai:

A teljesen vak személyek esetén fel kell mérnünk, hogy milyen más érzékleti csatornára támaszkodhatunk. Mivel ebben az esetben nem jelent meg hallásprobléma, illetve nem derült ki a betegről értelmi probléma sem, ezért a beszédünket megérti. Az ellátás során minden várható történést közölnünk kell vele, fel kell készítenünk, hogy milyen eszközökkel dolgozunk és mi vár rá, valamint ki fogja azt elvégezni. Segíthet, ha pontos leírást adunk a helyszínről, és az ott fellelhető támpontokról is.

Az írott információ specialitásai:

A papír alapú írott/nyomtatott dokumentum minden intézmény rendszerében alapvető fontosságú. Tekintettel arra, hogy a látássérültek speciális megjelenítési formában képesek olvasni (Braille és/vagy nagyított betűs írás), javasoljuk a közzéteendő dokumentumok kiegészítését az érintettek számára is elérhető formában, valamint megfelelő példányszámban való tartását.

Az aláírást igénylő, kitöltendő dokumentumokat kombinált írással javasolt kivitelezni, amely a nagyított betűs nyomtatást és Braille-írást egyazon dokumentumon tünteti fel.

Az aláírás, illetve a kitöltésre szánt rész azonos helyre kerüljön a nagyított betűs (sík) és a pontírásos formában is, a látók számára is érthető módon. Írhatóságát, nyomtathatóságát tekintve a papír a legmegfelelőbb alapanyag erre a célra, a Braille-írásnál rögzített kritériumok figyelembevételével.

Az aláírást nem igénylő tájékoztatók, kiadványok esetén különválasztható a pontírásos dokumentum a nagyított betűs nyomtatástól.

A személyi segítség az egészségügyi intézményben

- Mindig mutakozzon be, ha a szobába belép, amelyben a látássérült személy tartózkodik!
- Minden tevékenységet, amit végezni szeretne, előre jelentsen be!
- Idegen helyen segítsen a szobaberendezés megismerésében, kísérelje körül a látássérült személyt, és hívja fel a figyelmét a tájékoztató pontokra, különlegességekre, mint speciális zörejek, hangok, illatok, stb.!
- Járásnál vezessen (de ne tolja vagy húzza a vak embert), kérdezze meg, hogyan akarja velünk a testi kontaktust fenntartani, és azután hagyja, hogy mintegy fél lépéssel ön után menjen!
- Minden változásra hívja fel a figyelmét (ajtók, irányváltások, közlekedési akadályok stb.)!
- Ha étkezésre kerül sor, mondja meg neki, hogy mi és hol van az asztalon, és kérdezze meg, milyen segítségre van szüksége!
- Azt is kérdezze meg, hogy szüksége van-e segítségre a testápoláshoz, és milyen módon!
- Gyermek számára tegyék lehetővé, hogy kezükkel, amennyire csak lehet, a környezet tárgyait megfoghassák, és a berendezést is megtapasztalják!
- Beszélgetésnél gondoljon arra, hogy a nem látók számára hiányzik a sokféle nonverbális gesztus, mimika észlelése, és ha megszakad a beszéd, az többnyire nem érdektelenségből fakad, sokkal inkább azért, mert a vak partner nem vette észre a beszéd folytatására felhívó jelzést.
- A kórteremben a beteg ágya lehetőleg az ajtóhoz közel, egyik oldala a fallal érintkezve legyen elhelyezve. Ne kelljen betegtársai ágját, éjjeliszekrényét megkerülnie, így csökken a balesetveszély. Alig látó és vak páciens ellátásánál alapvető szükséglet a környezetének rendben tartása. Már az elején tisztázzuk, mit, hová helyezünk. Az éjjeliszekrény tisztításánál ügyeljünk arra, hogy mindig mindent ugyanoda tegyünk vissza. A nővérhívó legyen a keze ügyében. A fehér botjának helyét egyértelműen határozzuk meg úgy, hogy ágyban felülve azonnal elérhesse, de ne legyen útban.
- A vak ember nem látja azt, amit eszik. Helyette kell megnéznünk, nem került-e a tányérba valami idegen dolog. Az étel hőmérsékletét mindenkor ellenőrizzük, ha túl meleg azt előre jelezzük.

Összefoglalás

Ha az intézményen belül nincsenek figyelemfelhívó jelzések (hangjelzés, nagyított betűs írás, színes jelző csíkok), a látássérült személyt ellátó személyzet segítségével döntő lehet. A kórházi tartózkodás alatt az épületen belüli közlekedés kísérő személy vagy családtag segítségével valósulhat meg. Aliglátó és vak páciens ellátásánál alapvető szükséglet a környezetének rendben tartása, a tárgyak ugyanoda való visszahelyezése, és a környezet elrendezésének megváltoztatása esetén a tájékoztatás.

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA A MOZGÁSTEVÉKENYSÉGBEN AKADÁLYOZOTT SZEMÉLYEK ELLÁTÁSÁBAN

Mozgásukban akadályozottak azok a személyek, akiknél az aktív vagy /és a passzív mozgatórendszer zavarai miatt a hely- és helyzetváltoztatás, a mozgás-összerendezettség, a manipulációs készség, a fizikai teljesítőképesség korlátozottsága és ezzel összefüggésben a társadalmi részvétel akadályozottsága áll fenn átmenetileg vagy tartósan.

Tágabb értelemben mindenképpen ebbe a csoportba tartoznak azok az időskorú személyek, akik többféle mozgásszervi, illetve belgyógyászati károsodás halmozódó előfordulása miatt élnek hely, helyzetváltoztatási, önellátási képtelenséggel.

Az ellátás speciális fizikai környezeti igénye

A mozgássérült személyek tartási – és/vagy mozgásfunkcióikban visszafordíthatatlan állapotváltozás következik be. A sérülést követő időszakban figyelmük fokozottan fordul a „hibás” testi működések felé, melynek döntő jelentősége lesz majd a későbbiek során abban, hogyan alakul át a sérült személy testképe, testhatára, hogyan épül be a segédeszköz, mint külső objektum.

Ahhoz, hogy a mozgásszervi funkciókárosodást szenvedett ember ápolása, gondozása rehabilitációja, önálló életvitelre tanítása megvalósulhasson, és minél kevésbé függjön mindennapi tevékenységei során környezetétől, több feltétel megvalósulása szükséges:

A saját életük fölötti kontroll, a másoktól való függés, kiszolgáltatottság minimalizálása, a sokszor csak nagyon nehezen elérhető önálló életvitel elérésének feltétele, – a megfelelő belső indíttatáson túl – a külső mikrokörnyezet (család, barátok, rokonok, ismerősök) által igénybe vehető támogatás.

A másokkal egyenértékű élethez való jogukat nemcsak elméletben, hanem a környezeti feltételek (makrokörnyezet) megteremtésével, a megfelelő szolgáltatások biztosításával a valóságban is realizálni kell.

Ezek az alábbiak:

- megfelelő egészségügyi ellátás
- a szükséges rehabilitáció biztosítása
- a megfelelő technikai, műszaki segítség
- a megfelelő lakókörnyezet
- megfelelő anyagi fedezet a megélhetéshez
- megfelelő anyagi fedezet a különkiadások kompenzálására
- megfelelő oktatás (fő szempont az integráció, csak szükség esetén speciális oktatás)
- megfelelő képzés, a legjobb lehetőségeket kínáló foglalkoztatáshoz
- megfelelő munkalehetőség (integráció)
- személyi segítség
- szükség esetén segítségnyújtás

A környezeti rehabilitáció fókusza a környezet széles értelemben vett átalakítása. Célja a hozzáférhetőség mellett az akadálymentessé, hozzáférhetővé tett környezet elsajátításának támogatása.

Ennek a rehabilitációnak a valóra válását valósítja meg választékos eszközrendszerrel a környezeti rehabilitáció. A társadalom rehabilitációs célzatú igyekezetét pedig tükrözi a környezet akadálymentesítése, és az elháríthatatlan akadályok jelzése a sérült emberek részére.

Az ellátás speciális eszközigénye

Magyarországon, kormányrendelet alapján 2000-től az európai trendeknek megfelelően határozzák meg és osztályozzák a segédeszközöket.

A fogyatékos emberek technikai segédeszközei mindazon termékek, eszközök, és technikai rendszerek, amelyeket fogyatékos emberek használnak, amelyek egyedileg gyártottak vagy általánosan beszerezhetők, a károsodásokat, tevékenységi- és részvétel- akadályozottságokat megelőzik, kompenzálják, csökkentik vagy semlegesítik.

A segédeszközök osztályozása funkcionális alapelvű, a főbb osztályok a következők:

- Terápiás és gyakorló eszközök



5. ábra Antidecubitus matrac (Forrás:<http://www.incomed.hu/webshop-termekek/activ-antidecubitus-matrac-70-kg-felett/>)

- Ortézisek és protézisek
- Személyes gondozás és védelem eszközei
- Személyes mobilitás eszközei
- Háztartási segédeszközök
- Bútorok és lakásadaptációk
- A kommunikáció, információ és jelzés segédeszközei
- Termékek és javak kezelésének eszközei
- Környezetjavító segédeszközök és gépek
- Szabadidős eszközök

Az osztályozás nem tartalmaz tömegközlekedési és akadálymentesítő eszközöket, segédeszközök felszerelését szolgáló eszközöket, segédeszköz-kombinációs megoldásokat, kizárólag orvosi felhasználású eszközöket.

A segédeszközökkel szembeni elvárások:

- optimális funkció
- minimális kényelmetlenség
- esztétikus kivitel
- biztonságos használat
- tartósság
- egyszerű kezelés, karbantartás
- alacsony ár

A testközeli eszközök

Ortézisek: A csont-izom-idegrendszert és funkcióját befolyásoló. Testen viselt segédeszközök (19. ábra). Alapvető céljuk a funkciók helyreállítása, megőrzése, visszaszerzése, a műtéti eredmények megőrzése a rögzítés, támasztás,

tehermentesítés, korrekció segítségével.

Lehetnek átmenetileg használt eszközök, mint általában traumás esetekben, vagy műtéttel helyreállított végtagok esetében a gyógyulás időtartamára szükségesek. Lehetnek tartós eszközök, melyek maradandó károsodást (pl. hosszkülönbség, instabilitás, hibás tengelyállás) korrigálnak, hiányzó izomerőt pótolnak, végtag-szegmentumokat tehermentesítenek.



6. ábra Ortézisek (Forrás:(<http://www.bestlineprotetic.ro/blp/hu/Termek/>)

Elvárások:

- az ortézisnek pontosan kell illeszkednie
- nem okozhat felfekvést, könnyűnek kell lennie
- a deformálódással szemben ellenállónak kell lennie
- könnyen tisztítható és javítható legyen
- egyszerű használhatóságú
- lehetőleg esztétikus kivitelezésű

Anyaguk korábban főleg acél-bőr kombináció volt. Az újabb könnyűfém és műanyag ortézisek sokkal könnyebbek, egyszerűen tisztíthatók kinézetük esztétikusabb. A műanyag tokok hátránya, hogy egyes emberek erősen izzadnak benne (napenkénti egyszeri, kétszeri alkoholos bedörzsölés, kevés talkum hasznos ellenszer).

Protézisek: Testközele, morfológiai és funkcionális szereppel bíró, egyedi készítésű segédeszközök (20. ábra).

Fajtái: kozmetikai, funkcionális, illetve saját, vagy idegen erővel működtetett (mechanikus-myoelektromos)

Elvárások:

- a csont beágyazódásnak megfelelőnek kell lennie, különös tekintettel a támaszkodási pontokra,
- könnyű, mégis ellenálló, tartós, szilárd,

- könnyen tisztítható, könnyen karbantartható,
- könnyen használható,
- esztétikus kivitel,
- jó funkciópótlás, megfelelő hossz-és tengelybeállítás,
- a beteg mozgásképességének megfelel, személyre szabott.

A profetizálását, annak eredményességét befolyásolja a diagnózis, a beteg általános állapota, az amputáció magassága, az amputációs csont magassága, az amputációs csont állapota, a többi végtag állapota.



7. ábra Alsóvégtagi protézis (Forrás:https://www.gysgy.hu/GYSGY/?dir=szerkesztett_oldalak_inc&oldal_id=32)A testtávoli segédeszközök (rehabilitációs segédeszközök)

A betegségek, balesetek által okozott anatómiai és funkcióhiányokat, működési zavarokat úgynevezett technikai segédeszközökkel igyekezünk pótolni. A cél a kialakult mozgástevékenység akadályozottság mértékének csökkentése, a részvétel akadályozottság kialakulásának megelőzése, illetve a már kialakult állapot további rosszabbodásának megelőzése.

Helyváltoztatást segítő eszközök:

Használat helye szerint:

- lakáson belül
- lakáson kívül
- épületen kívül

Önállóság szerint:

- segítséggel
- önállóan
- saját erővel
- külső energiával

Önellátást segítő eszközök:

- öltözködés
- tisztálkodás

- étkezés
- szórakozás
- sport

Munkavégzést segítő eszközök:

- hagyományos munkaeszköz adaptáció
- speciális munkaeszköz
- speciális munkahely

Kommunikációt segítő eszközök:

- hang
- kép
- tapintás

Önvédelmet, biztonságot szolgáló eszközök:

- használónak jelez
- környezetnek jelez

A segédeszközökkel való ellátás általános elvei:

Célja az integráció, az önálló életvitel lehetőségének kialakítása.

- A folyamat minél előbb induljon, de alkalmazkodjon a kliens aktuális testi és lelki állapotához.
- Az ellátás ne szakadjon meg, állandóság, stabilitás és permanencia jellemezze, ha szükséges, kísérje végig a személy egész életútját.
- Az ellátást nagyon gondos állapotfelmérés előzze meg, amely kiterjed nemcsak a személy testi, lelki állapotára, de az őt körülvevő szociális miliőre és munkakörülményekre is.
- Legyen személyre szabott, mindig az egészségkárosodott ember állapota dönti el a maximálisan kitűzhető célt.
- A komplex rehabilitációs terv folyamatába illeszkedjen, a felmérés-tervezés, végrehajtás, ellenőrzés algoritmusai biztosítsa a teamnek a kontrollt, a visszajelzés lehetőségét, az állapotváltozásokhoz alkalmazkodó módosíthatóságot.
- A folyamatban a fokozatosság elve szerint kell adagolni a terhelést, óvakodni kell a túlterheléstől.
- A használt eszközök és módszerek, az ingergazdag környezet biztosítson változatosságot, vonzó célt és perspektívát a rehabilitációban.
- A siker feltétele a partnerség elvének betartása, amely a rehabilitálandó személyt nem a team munka alanyának, tárgyaként tekinti, hanem aktív, egyenrangú munkatársnak.
- Törekedni kell az ellátásban a kliens igény-, tudás-, és neveltségi szintjének emelésére is, vegye számításba a rehabilitáció folyamata az

önművelés elindíthatóságát, esetlegesen a káros szokásokról való lemondás támogathatóságát is.

A környezeti adaptáció, akadálymentesítés és a technikai segédeszköz ellátás beilleszkedve a mozgásszervi rehabilitáció folyamatába elérheti azt az optimálisnak mondható állapotot, amelyben annak ellenére, hogy mozgásszervi funkciói károsodottak, kliensünknek:

- van önkiszolgáló képessége (mozgás, étkezés, tisztálkodás terén)
- van önellátó képessége (jövedelme, keresete elégséges a megkívánt életszínvonalhoz)
- van fedél a feje felett, lehetősége van magára maradni, ha szüksége van rá
- van munkája, amelyet legalább részben szeret, és amely (legalább részben) eltartja
- van módja intim és szexuális kapcsolatokat teremteni
- van módja igényei szerint családot alapítani
- van lehetősége szeretetkapcsolatban élni, szűkebb és tágabb környezetével
- van lehetősége tanulni, szórakozni, sportolni, utazni
- van társadalmi megbecsülése
- testi, lelki megelégedettségben él saját magával, állapotát elfogadja, önértékelése jó
- nincs senkinek kiszolgáltatva
- nincs társadalmi, politikai elnyomásban része, mert nézetei, vallása, bőrszíne, külső megjelenése alapján más, mint a többség.

Kommunikáció és az információátadás specialitásai

A mozgásszerv rendszer sérülése (centrális és környéki egyaránt) következtében kialakuló akadályozottság számos ponton érintheti az egyén kommunikációs képességeit, az információhoz jutás és továbbítás esélyeit. Az úgynevezett kommunikációs csatornák (verbális csatorna, nonverbális csatornák) bármelyike is elégtelenül működik, vagy egyáltalán nem működik, komoly akadályokat jelent az egyén és környezete közötti kapcsolatrendszerben. Az emberre leginkább jellemző verbális csatorna-az ember legspecifikusabb kommunikációs módja- a beszéd, tökéletesen alkalmas arra, hogy mindenféle információ továbbításához fel lehessen használni. A beszéd írott formájában legtipikusabb eszköze a közvetett kommunikációnak.

A nonverbális csatornák sokrétűségének köszönhetően oly gazdag az emberi kommunikáció.

Mimikai kommunikáció

Normális körülmények között beszédünket mimika kíséri. Akarva akaratlan közvetíti érzelmeinket, mintegy megerősíti a kimondott szó jelentését. Egyes betegségekben a mimika alapvetően megváltozik. például a Parkinson-kórban szenvedő ún. „lárva-arca” nem képes valódi érzelmeket kifejezni. A központi idegrendszer sérülése következtében kialakuló athetosis kórképben pedig a gyermek és a felnőtt mimikája sokkal kifejezettebb, erőteljesebb, olykor torznak tűnő.

Kommunikáció a tekintet révén

Sokszor meg sem kell szólalnunk ahhoz, hogy a környezet érzékelje közlendőnket. az emberi kapcsolatokban a tekintet iránya és tartalma mindig jelzés értékű. A kommunikációt kísérő tekintet többnyire nem tudatos, de vannak olyan szituációk, amikor egy jelentőségteljes „ránézés”, „megnézés” komoly információtartalmat hordoz. A tekintet jelentősége megsokszorozódik akkor, amikor a kommunikációs apparátus sérül. Az afáziás állapotokban nem ritkán a tekintet segíti a kimondott szó nélküli megértést.

A vokális kommunikáció

A hangnem a hanghordozás természetes kísérője beszédünknek. A központi idegrendszer sérülése következtében kialakuló beszédzavarokat gyakran kíséri a vokális kommunikáció akadályoztatottsága is, mely félreértésekre adhat okot. A hangképzés akadályozottsága például komoly erőfeszítést igényel az érintett személytől, így a hangnem és a hanghordozás is ezt az erőlködést tükrözi.

Mozgásos kommunikációs csatornák

A gesztusok (fej, kéz, karok mozgása), a testtartás mind-mind aktív kísérői a verbális kommunikációnak, és jelentős szerepük van az érzelmek közvetítésében. Mozgáskorlátozott személyek esetén, a meglévő/megmaradt aktív mozdulatok információt közvetítenek, de ezek megértése fokozott odafigyelést igényel. A verbális kommunikáció leginkább szembetűnő és látványos kísérője a kezek és karok mozgása. A felső végtagi mozgások sérülése, kiesése felfokozza a törzs és fej információközlő szerepét.

Térközszabályozás kommunikációs csatornája

A kommunikációs térköz jellegét a szereplők kapcsolata, viszonyrendszere (bizalmas, személyes, társasági, nyilvános) határozza meg.

Általános szabályok

- Teremtsünk partneri, bizalmas légkört (kerekeszékben ülő vagy alacsony személyel beszélve mindig ülünk le, vagy guggoljunk le vele szemben, hogy ne magasodjunk fölé)!
- Viselkedjünk úgy, mint minden emberrel türelemmel, tisztelettel, figyelmesen, szolgálatkészen!
- Fogadjuk el beszélőpartnerünket annak, aki! Csak akkor segítsünk, ha ő ezt kéri/jelzi (ne akarjunk megtenni helyette bármit is, amire önmaga képes)!
- Akár gyerekről akár felnőttről van szó kérdéseinket ne a kísérőnek tegyük fel! Csak akkor forduljunk a kísérőhöz, ha végképp nem boldogulunk (beszéd megértési probléma)!
- Próbáljuk megismerni, megérteni és elfogadni beszélgetőpartnerünk speciális „szokásait” (pl. [ha testhelyzetüket folyton változtatniuk kell, felső végtagjaikra támaszkodnak, időnként előre-hátra dőlnek](#)), még akkor is ha ez kissé idegen számunkra!

Épített környezet

Akadálymentes parkoló

A mozgásukban akadályozott személyek számára fontos az akadálymentes parkoló biztosítása az egészségügyi intézmény bejáratához közel, Max. 50 m távolságra (21. ábra). A parkolót jól látható táblával, burkolatfestéssel és járófelület váltásával jelölni kell. Az akadálymentes parkoló méretében különbözik a többségi parkolóhelyektől, hogy megfelelő helyet biztosítson a kerekesszékekkel, járókerettel közlekedők, vagy a kiszállást segítő személyek számára. Az akadálymentes kiszállás biztosításához a közlekedősáv és az úttest, ill. járda között ne legyen szintkülönbség, vagy megfelelő méretű és lejtésű rámpát alakítsunk ki.



21. ábra Mozgáskorlátozott parkoló (Forrás:<http://guruloutazo.hu/mozgaskorlatozott-parkolas.html>)

Járda

Az épülethez vezető, illetve az épületet körülvevő járdát szilárd, sík felületű és csúszásmentes burkolattal kell kialakítani, úgy, hogy menetirányú lejtése ne legyen 5%-nál nagyobb. Szélessége kétirányú közlekedés esetén legalább 1,80 m legyen. A gyalogos útvonalak mentén a kerekesszékekkel, babakocsival történő megfordulás, kikerülés helyigénye (legalább 1,50 m átmérőjű szabad terület) helyenként biztosítva legyen. Ez a szélesség elegendő a kísérővel közlekedő, gyakran vezetett értelmi sérült és autizmussal élő emberek számára is.

Rámpa

Az épületen kívüli, ill. belüli szintkülönbségek áthidalásának egyik eszköze a rámpa (22. ábra). A rámpa akadálymentes használatát a sík, szilárd felülettel és a csúszásmentes burkolattal, valamint a jó megvilágítással biztosítjuk.



8. ábra Épített rámpa Forrás: <http://www.paradfurdo.hu/index.php/hu/home/10-hir/99-mequjult-a-fobejarat.html>



23. ábra Mobil rámpa (Forrás: <http://www.aligvarom.hu/Mozgaskorlatozott-rampa-91-cm-hordozhato-feljaro-2>)

A lépcső

A lépcsőt használni képes, de mozgásukban fizikai vagy érzékszervi fogyatékoságuk következtében akadályozott személyek számára fontos, hogy egy lépcsőn azonos fokok legyenek, a belépő szélessége és a fellépés állandó legyen. A lépcső balesetmentes használatát sík, egyenletes felülettel,

csúszásmentes burkolattal, időjárás elleni hatások elleni védelemmel, valamint jó megvilágítással biztosítsuk.

Szélfogó

A szélfogó mérete mindenképpen akkora legyen, hogy babakocsival, kerekesszékekkel közeledők is fennakadás nélküli átjussanak rajta, illetve illeszkedjen az ajtók használatához is. Legkisebb szabad mérete 1,50 x 1,50 m legyen. A szélfogó padlóburkolata vízszintes és csúszásmentes kialakítású legyen. Ha valamilyen berendezést (postaláda, ruhafogas, kaputelefon) itt helyeznek el, az ne akadályozza a kerekesszékekkel való manőverezést.

Betegfelvételi pultok

A betegfelvételi pultoknak a megfelelő használhatóság érdekében alacsony (max. 120 cm), a pult alatt térdszabad kialakítású szakaszt is kell tartalmazni. A pult minden éle legyen lekerekítve.

Folyosó

(min. 1,20 m) feleljen meg a különböző segédeszközökkel (kerekesszékekkel, bottal, mankóval, járókerettel) vagy babakocsival közlekedő használók számára. A folyosó szabad szélességét belógó (pl. szekrény, pad, vitrin) akadályok nem szűkíthetik.

A folyosó burkolata szilárd, egyenletes, csúszásmentes, könnyen tisztán tartható felületet biztosítson. A folyosó középvonalában kontrasztos színezésű burkolati vezetősáv kerüljön beépítésre. A folyosó padlóburkolata a fal színéhez képest is eltérő legyen. A folyosóról nyíló helyiségek ajtajának szélessége min. 90 cm legyen. A küszöb használata kerülendő. A kerekesszékből történő ajtónyitáshoz helyigényre van szükség (1,50 m x 1,50 m). Az ajtótokok színe a falhoz képest, illetve az ajtólapok színe az ajtótokokhoz képest kontrasztos színezésű legyen, így ezek a látássérült emberek számára is jól észrevehetőek.

Lift

A liftkabinban legalább egy kerekesszékes használó és kísérője számára elegendő hely legyen, azaz az akadálymentes közlekedéshez minimum 8 személy befogadásra alkalmas, 1,10 x 1,40 m kabinterület szükséges. A liftkabinban a vezérlőpanel oldalán kapaszkodó szükséges. A közlekedőben és a liftkabinban elhelyezett kezelő-gombok hozzáférhetően és elérhető magasságban legyenek elhelyezve a padlószinttől 0,90 és 1,10 m magasságban.

A liftkézelő gombok megfelelő méretűek és egymástól kellő távolságban helyezkedjenek el, hogy azokat kézsérültek vagy gyengébb, bizonytalanabb képességű idősebb emberek is jól tudják használni. A liftek kialakításánál

kerülendő az érintőgombos kezelőpanel használata, itt is feltétlenül fontos látássérült beteg szempontjából a számok nagyított domború kialakítása és a Braille számok feltüntetése a nyomógombokon. Az adott emelet számáról hangos információ is adjon tájékoztatást, amely különösen látássérült, de valamennyi használó számára segítséget jelenthet (24. ábra).



9. ábra Akadálymentesített lift (Forrás:<https://hu.depositphotos.com/44174073/stock-photo-group-of-invalid-people-on.html>)

WC, mosdó

Épületszintenként legalább egy olyan illemhelynek kell lennie, mely kerekesszékesek számára is használható. A WC ajtó megfelelő szélességű, könnyen nyitható, és kerekesszékből ülve is zárható legyen. Olyan reteszelő berendezést kell alkalmazni, amely kézsérültek és értelmileg akadályozott emberek számára is könnyen használható, valamint amelyet vészhelyzet esetén kívülről is ki lehet nyitni (ez hasznos az értelmi sérült, a demenciával, autizmussal, pánikbetegséggel élő embereknek is).

A veszély csökkenése és a szabad hely biztosítása érdekében az akadálymentes illemhely ajtaja kifelé nyíljon. A kifelé nyíló ajtó ne nyíljon rá egy másik helyiség ajtajára, szűk folyosók esetén tolóajtók alkalmazása javasolt.

A WC úgy legyen elhelyezve, hogy egy aktív kerekesszékes használó átülése lehetséges legyen (25. ábra). Mivel a mozgássérült, főleg a kerekesszékesekkel közlekedő személyek számára az egyik legveszélyesebb manőver az átülés, ezért az akadálymentes mosdókban vészjelzők elhelyezése kötelező. Ez többféle módon lehetséges. Az egyik lehetőség a kapcsolók felszerelése. A vécécsésze melletti falon, a vécétől elérhető módon, a padlótól 90 cm magasságban szükséges elhelyezni. Ez abban az esetben hasznos, ha a kerekesszékes felborul, ilyenkor a vécén ülő ember tud segítséget kérni. A másik vészjelző az ajtó mellett, a padlótól mért 30 cm magasságban helyezendő el. Ez abban az esetben szükséges, ha a mozgássérült a székbe való átüléskor felborul, a székbe kiesik. Ilyenkor a földön fekvő is tud segítséget kérni.

Fontos a kapaszkodók felszerelése. A WC csésze melletti kétoldali kapaszkodók minden esetben egyforma magasságban legyenek. Ha a kapaszkodók túl közel vagy túl távol helyezkednek el a WC-csészétől, az korlátozza, megakadályozza a

megfelelő használatot. A kapaszkodók tengelye a WC-csésze tengelyétől 30 cm-re legyen. A látássérültek számára a fehér szaniter berendezéseket, fogasokat egy vagy többsoros színes csempesávra kell felszerelni. Az akadálymentes használatra alkalmas mosdó kiállása kb. 55 cm (térdszabad kialakítás). A helyiség ajtó melletti merőleges oldalfalán elhelyezett mosdó esetében ügyelni kell arra, hogy a mosdó az ajtó szabad nyílásába ne lógjon bele.



10. ábra Akadálymentesített mosdó felülnézetben (Forrás:<http://koos.hu/2008/07/24/gdl-akadalymentesites2-korpinen-gaius/>)

Zuhanyzók

A kerekesszékes, idős betegek számára a zuhanyzás az ideálisabb fürdési lehetőség, mert a kádba nehézkes beülni, illetve onnan felemelkedni. A zuhanyzó akadálymentes használatához tálcá nélküli kialakítás szükséges. A zuhanyzó részben biztosítsunk fix vagy lehajtható zuhanyülőkét. Az ülőke 0,46-0,48 m közötti magasságban legyen elhelyezve. Az ülőke mellett a kerekesszékből történő átüléshez biztosítsunk függőleges és vízszintes részből álló „L” alakú kapaszkodókat.

A zuhanyrózsa és a csaptelep a zuhanyfülkében ülve is mindig elérhető távolságban, a zuhanyülőkére merőleges falon helyezkedjen el. A zuhanyrózsa legyen állítható magasságú tartón elhelyezve. A szappantartó, törülközőtartó a zuhanyülőkén is elérhető magasságban és távolságban legyen. A mozgássérült emberek számára a fürdőkád használatát különböző segédeszközökkel (pl. kádülőkék, kádbeemelők berendezés) tegyük lehetővé (25. ábra).



11. ábra Fürdetőszék

(Forrás: https://www.google.hu/search?q=k%C3%A11dbeemel%C5%91&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjojbyV1Z3WAhWnKJoKHTzMBxsQ_AUICygC&biw=1366&bih=662#imgrc=e6D11trZnJHJPM:)

A mozgásukban akadályozott személyek ellátásának speciális feladatai

Az intézetbe jutás feladatai

Amennyiben a családnak nem áll rendelkezésére speciális szállító jármű, az esetek jelentős részében a mentőszolgálat, vagy a betegszállítás egységeit kell igénybe venni. A szállítás kérésekor jelezni kell, hogy hogyan, milyen speciális igények merülhetnek fel a mozgatás és a szállítás során.

Gerincvelői harántsérült személyt, akinél a dekubitus kialakulásának fokozott a veszélye, célszerű nagy kitérők nélkül szállítani, és a fogadó intézményben előre elkészíteni az antidekubitor ágyat matraccal.

A vizsgálati, ellátási és ápolási folyamat specialitásai:

Amennyiben a beteg önálló életvitelre alkalmatlan, valamennyi szükséglet kielégítésében segítségre szorul.

- **Öltözködés** – otthonában egy speciális hevederrel, kis segítséggel képes lehet a ruháit felvenni, kórházi körülmények között az ápoló feladata a segítség.
- **Tisztálkodás** – fürdető ágy segítségével, vagy az ha nem áll rendelkezésre, a betegnél teljes ágyfürdő kivitelezése szükséges. Bőrvédelem alkalmazása, a dekubitus prevenció érdekében!
- **Ürítés** - állandó katéteres betegnél a protokollnak megfelelően járunk el. A rehabilitációs időszakban törekedjünk a széklet ürítést szabályozni a reggeli órákra, orvosi utasításra kúp segítségével. Lehetőség szerint használjuk a szoba WC-t.
- **Táplálkozás szükséglete** – étkezéshez ültessük ki a kerekesszékebe a beteget. Az asztalnál úgy helyezzük el, hogy mindkét alkarja az asztal lapján legyen. Megvastagított kanállal, és az evőeszköz tenyérpánttal való rögzítésével a darabos ételt önállóan meg tudja enni, a folyadékot szívószálas műanyag flakonból biztonságosan el tudja fogyasztani.

Figyeljük a bevitt és ürített folyadék mennyiségét. Az emésztés optimalizálása érdekében kérjük ki a dietetikus véleményét.

- **Mozgás, aktivitás szükséglete** – a tetraparetikus beteg mozgásképesége minimális, a legegyszerűbb helyváltoztatáshoz is külső segítőre szorul. A lehetőséghez mérten gyakran változtassuk a testhelyzetét. Napközben több órát töltsön kerekesszékekben, ha ágyban fekszik, változtassuk testhelyzetét rendszeres időközönként, végtagjait pozícionáljuk.
- **Pihenés szükséglete** – beszéljük meg vele, hogy szerencsés, ha az éjszakai pihenést hason fekve tölti. Ha ezt nehezen tűri, 3-4 óránként változtassuk meg a testhelyzetét az ágyban, végtagjait helyezzük el úgy, hogy a kóros tartásokat kiküszöböljük.
- **Számos segédeszköz segítheti a kikapcsolódását, pl.: könyvtartó állvány, konzolra szerelhető TV, laptop, lapozó gép.**

Szűrővizsgálatok

A kerekesszékekkel közlekedő személyek nem tudnak részt venni a mások számára elérhető, a betegségek korai diagnosztizálását biztosító szűrővizsgálatokon. Ez sérti az érintetteknek az egészséghez való jogát. Fontos tehát, hogy a szakrendelő intézetek és kórházak rendelkezzenek a súlyos fogyatékos személyek speciális igényeit is figyelembe vevő tüdőszűrő berendezésekkel, állítható magasságú röntgen, mammográfiai berendezésekkel, nőgyógyászati asztalokkal.

Kórházi ellátás során célszerű a fogyatékossgal élő beteget a nővérszobához képest a legközelebbi szobába elhelyezni, az ajtóhoz és a belső mosdóhoz legyen az ágya közel, közvetlen környezete megfeleljen az akadálymentes előírásoknak. A nővérhívó csengő közel, elérhető távolságban legyen számára.

Összefoglalás

Ahhoz, hogy a mozgásszervi funkciókárosodást szenvedett ember ápolása, gondozása, rehabilitációja megvalósulhasson, és minél kevésbé függjön mindennapi tevékenységei végzése során környezetétől, több feltétel megvalósulása szükséges.

A környezeti adaptáció, akadálymentesítés és a technikai segédeszköz ellátás beilleszkedve a mozgásszervi rehabilitáció folyamatába, a megfelelő szolgáltatások biztosításával a valóságban is hozzásegít a lehetőségekhez képest optimálisnak mondható életminőség kialakításához.

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG BIZTOSÍTÁSA A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT, ÉS ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN

„Az értelmi fogyatékoság olyan kóros funkcionális állapot, amelyben az intellektuális teljesítmények jelentős mértékben az átlag alatt maradnak, (IQ 70-75, vagy kisebb) ami együtt jár az adaptív képességek következő területei közül kettő vagy több sérülésével, és amely 18 éves kor előtt manifesztálódik.

Az adaptív képességek tíz specifikus viselkedésbeli összetevője:

1. **kommunikáció** (szimbolikus: beszéd, írás, rajz, nem szimbolikus: arckifejezés, gesztikulálás, köszönés, tiltakozás stb.)
2. **önellátás** (öltözködés, evés, tisztálkodás, szobatisztaság stb.)
3. **háztartás ellátása** (otthoni napi feladatok ellátása: főzés, mosás, takarítás, bevásárlás, ezzel összefüggésben a szomszédokkal való kapcsolat, tájékozottság stb.)
4. **szociális képességek** (megfelelő: barátság, kedvesség, mosoly, szeretet kimutatása, együttműködés másokkal, becsületesség, megbízhatóság stb. nem megfelelő: irigység, veszekedés, versengés, veszekedés, versengés, követelőzés stb.)
5. **közösség / társadalom nyújtotta lehetőségek kihasználása** (közös kirándulás, bevásárlás, a szolgáltatások igénybevétele, közlekedési eszközök használata, könyvtárak, parkok, színház, strand, baráti összejövetelek, megfelelő viselkedés a közösségben stb.)
6. **önmegvalósítás** (döntés, választás képessége, tevékenységek kezdeményezése, elvégzése, feladatok befejezése, szükség esetén segítségkérés, családi problémák megoldása stb.)
7. **egészség, biztonság** (betegség felismertetés, kezeltetés, diéta, megelőzés, elsősegélynyújtás, törvényesség betartása, védelem a bűntények ellen stb.)
8. **tanulási képesség** (kognitív képesség, memória írás, olvasás, a környezetre, az egészségre, a szexualitásra vonatkozó alapvető ismeretek, földrajzi ismeretek, - mindazon ismeretek birtoklása, amelyek az önálló élethez szükségesek)
9. **szabadidő eltöltése** (olvasás, zene, TV stb.)
10. **munkavégzés** (rendszeresség, eredményesség, hibák korrigálása stb.)”

(Radványi, 2007)

Az értelmi fogyatékosok különböző mértékben károsodottak. Noha minden beteg egyedi jellegzetességekkel rendelkezik, hasznosnak tűnik az értelmi működések szerinti osztályozás.

Az értelmi szint meghatározása történhet az intelligencia hányados (IQ) alapján, valamint aszerint, hogy az adott személy milyen mértékű ellátást igényel.

Az ellátás lehet:

- **időszakos** (intermittáló), alkalmanként szorul a beteg segítségre;
- **korlátozott** (limitált), például a nappali foglalkoztatás védett munkahelyeken;
- **széleskörű** (extenzív), az ellátás mindennapi folyamatos felügyelettel jár;
- **teljes** (pervazív).

Az időszakos korlátozott ellátást jelent, a széleskörű a teljes ellátás magas szintű támogatás a mindennapi élet minden területén, mely akár 24 órás ápolói felügyeletet is igényelhet.

(Andrew J. Fletcher, 2003)

Az értelmi fogyatékosok okai

A nemzetközi szakirodalom szerint **az értelmi fogyatékoság leggyakoribb okai** között a következő tényezők szerepelnek:

1. egyetlen gén rendellenessége,
2. kromoszóma-rendellenesség (pl. Down-szindróma),
3. hiányos táplálkozás magzati korban,
4. az anya terhesség alatti fertőző betegségei (pl. rubeola, HIV, szifilisz),
5. az anya terhesség alatti szerhasználata (pl. drog, alkohol),
6. koraszülöttség,
7. születés utáni ólomnak való kitettség,
8. születés utáni agyvelőgyulladás (encephalitis) vagy agyhártyagyulladás (meningitis),
9. újszülöttkori súlyos sárgaság,
10. születés utáni koponyasérülés,
11. súlyos elhanyagolás vagy depriváció.

(Csákvári. Judit & Mészáros. Andrea, 2012)

Értelmileg akadályozottak kapcsolódó tünetei:

- gyenge fizikum;
- alkati anomáliák;
- beszédfejlődés késése, elmaradása;
- mozgáskoordináció alacsony szintje;
- az érdeklődés hiánya;
- következményes auto- vagy heterogén agresszió.

A tanulási akadályozottság, a tanulási zavar és a tanulási nehézség együttesen és az enyhe értelmi akadályozottság alkotják a tanulási problémák/korlátok körét.

- tanulási nehézség (Általában egy-egy iskolai helyzetet érint átmeneti jelleggel, pld. betegség, hosszabb hiányzás, iskolaváltás, családi problémák, rossz szociális helyzet);
- tanulási zavar (Egy képesség-terület működésében tartós és súlyos problémák jelentkezők. Például diszkalkulia, diszlexia, diszgráfia, figyelemzavar);
- tanulási akadályozottság esetén több területet érintő, mélyreható, tartós és súlyos problémákról van szó, amely erősen megnehezíti a hagyományos általános iskolai feltételek közötti fejlesztést.

A tanulásban akadályozottak kapcsolódó tünetei:

- beszédhiba;
- szűk aktív és passzív szókinccs;
- esetenként neurotikus tünetek;
- következményes pszichés tünetek (Például kisebbségi érzés).

Az autizmus

Pervazív (egész személyiségre kiterjedő) fejlődési zavar. Okai még nem teljesen tisztázottak, bizonyítottan genetikai alapjai vannak, de kialakulásához más tényezők is hozzájárulnak pl.: méhen belüli fertőzés, korai életévekben bekövetkező sérülés vagy fertőzés.

Jellegzetes tünetei lehetnek:

- a beszéd kialakulásának késése, elmaradása, sajátos jellege, echolálás;
- repetitív mozgások;
- merev rutinokhoz, állandóságához való ragaszkodás;
- étkezési rigiditás;
- felborult alvási rend;
- szemkontaktus inadekvát használata;
- szenzoros túlérzékenység, vagy érzéketlenség;
- sztereotíp érdeklődés;
- viselkedési rigiditás;
- szociális kapcsolatok szegénysége.

Az autisztikus sérülés három fő területen nyilvánul meg:

- a mentális képességek minőségi sérülése. (Az autistáknál hiányzik az a képesség, hogy másoknak saját, az övékétől eltérő tudattartalmat tulajdonítsanak);
- a kommunikáció minőségi sérülése (Magyarországon az autisták 50 %-a egyáltalán nem tanul meg beszélni, a többiek beszéde is gyakran súlyosan

zavart. Gyakori az echolália: más által mondott szavak értelem nélküli, „papagájszerű” ismétlése. Jellegzetes, hogy autista személy nem egyszerűen nem beszél, hanem nem kommunikál.)

- a szociális interakciók minőségi sérülése. (Jellemző, hogy nem tudják alkalmazni a szociális szabályokat, a társas kapcsolatok kialakítása nehezített.)

Az értelmileg akadályozott és autista személyek kommunikációja súlyosan nehezített, az anyag összeállításának célja, hogy bemutassuk azokat az eszközöket és szempontokat, amelyek lehetővé teszik az ő számukra is a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Megfelelő környezet és eszközök biztosításával a mentálisan sérült személyek is képessé válnak bizonyos szintű önállóságra és kommunikációra.

Az ellátás speciális fizikai-környezeti igénye

Értelmileg akadályozott és autista személyek esetén a fizikai akadálymentesítés fogalma- a saját és környezetük biztonsága érdekében- a gyakorlatban éppen az akadályok kiépítését jelenti. Ez a segítők tudatos törekvése arra, hogy az akadályozott személy számára a környezetet biztonságossá tegyék, és ezzel az elérhető legmagasabb szintű önállóságot és szabad mozgást tegyék lehetővé. mivel a tökéletesen biztonságos környezet kiépítése nem lehetséges, a súlyosan értelmileg akadályozott személyek folyamatos, állandó felügyelete minden körülmények között szükséges. A hétköznapi élethez tartozó eszközök, tárgyak, helyiségek adott körülmények között biztonsági kockázatot jelenthetnek.

A leggyakoribb veszélyhelyzetek, és elhárításuk:

- vegyszerek, tisztítószeres elzárása,
- szerszámok zárt tárolása,
- éles, hegyes eszközök környezetből való elzárása,
- apró szájba vehető eszközök elzárása,
- műanyag zacskók, szatyrok elzárása,
- tüzet okozó eszközök eltávolítása,
- bármilyen 20cm-nél hosszabb zsinór eltávolítása (ruházatból is),
- konnektorok vakdugóval való ellátása,
- a szükséges elektromos készülékek vezetéke a lehető legrövidebb legyen,
- mosógépen, hűtőszekrényen biztonsági zár szükséges,
- veszélyes helyiségek zártak legyenek, az ott tartózkodás csak felügyelettel,
- a bejárati ajtó, kertkapu, kerítés résmentesen zárt legyen,
- az emeleti ablakok, erkélyajtók nyitás gátlóval felszereltek (az olyan típusú nyitásgátlók, melyek az ablak résnyire nyitását engedik, problémásak lehetnek, mert tárgyak kidobását tehetik lehetővé),

- a szállításhoz használt autóban gyerekzár szükséges,
- a háziállatokkal való játék, együttlét egyéni elbírálást igényel,
- a fogyatékos személyek környezetében ne legyenek mérgező részeket tartalmazó növények, anyagok (tiszaafa, diffenbachia, cigaretta),
- a károkozások megelőzésére törekeny, értékes, vagy más okból fontos tárgyak ne legyenek a beteg ember keze ügyében,
- fűtési időszakban a kályhák, fűtőtestek körülkerítése szükségessé válhat,
- a bútorok masszívak, szükség esetén falhoz rögzítettek legyenek (pl. könyvespolc).

Ezek az óvintézkedések egyedileg felülbírálnak, személyre szabottak lehetnek, de az alapelvek azonosak. Az értelmileg súlyosan akadályozott személyek biztonságának kialakítása hasonlatos a kisgyermekek érdekében tett óvintézkedésekkel. Van azonban egy lényeges különbség. A felnőtt fogyatékos személy testsúlya, magassága, fizikai ereje lényegesen nagyobb, mint egy gyermeké, ha ezt figyelmen kívül hagyják, az eredmény nem megfelelő.

[\(Pl. az édesanya éveken keresztül egy értékes tárgyat a szekrény tetejére rejt, közben a gyermek egy fejfel magasabbra nőtt édesanyjától\).](#)

Súlyos fokban autista személyek esetében a környezet biztonságossá tétele lényegesen nehezebb kérdés. Gondolkodásuk rigiditása és egyenetlen képességprofiljuk miatt kiszámíthatatlan helyzeteket produkálhatnak. Náluk nem számíthatunk a problémamegoldó-képesség egyenletesen alacsony szintjére. Ezért az ő számukra a biztonságos környezet kialakítása mindig egyedi megoldásokat igényel, és csak az adott személyt jól ismerő családtag vagy gondozó segítségével lehetséges.

A rugalmas gondolkodás, a munkamemória és a centrális koherencia sérülése miatt az autista emberek napi tevékenységeik ésszerű megszervezésére többnyire nem képesek. A mindennapi élet ritmusát, eseményeit folyamatos hömpölygő zűrzavarként élik meg, melyben nem tudnak eligazodni, és nem tudják uralni azt. Az elkövetkező történéseket nem tudják bejósolni, a helyzetük folyamatos bizonytalanságát tapasztalják.

Személyiségüktől, értelmi képességeiktől, és a sérülés súlyosságától függően, különböző megküzdési stratégiákkal próbálnak ezen úrrá lenni. A külső szemlélő többnyire ezeket a próbálkozásokat látja az autizmus fő tüneteként (pl. viselkedési rigiditás, állandósághoz való ragaszkodás stb.) és ebből adódik az a tapasztalat is, hogy minden autista személynél más-más tüneteket látunk.

Ha az agy nem képes rendszert vinni a történésekbe, segítség, ha kívülről visszük be azt. Ennek lényege, hogy a helyszíneket, eljövendő eseményeket vizuális megsegítéssel rendszerbe foglaljuk, strukturáljuk számukra. Nem itt történik, itt csak addig van a személy, ameddig beteg!

A vizuális rendszer kezdetben, kisgyermekeknél tárgyas rendszer (pl. napirendi tábláján egy kis játéktányér jelöli az étkezések idejét), ennek helyét veszi át később a

piktogramos rendszer, majd fokozatosan, ahogy megtanulja a képek alá írt szavakat értelmezni, a feliratos rendszer. A napirendi táblák olvasása logikusan, felülről lefelé, illetve balról-jobbra történik. Ezek a rendszerek naptárként, napi- és órarendként funkcionálnak, melyek segítségével az autista személy folyamatosan igénybe veheti. A munkafolyamatok, tanulási folyamatok rendszerezése is hasonló módon folyamatábrákkal segíthető.

A tér strukturálása hasonló piktogramos rendszerrel (27. ábra) történik. A tevékenységek helyszíneit ún. hívóképek jelölik, melyek jelenthetnek helyiségeket, de akár a szoba egy-egy sarkát, részletét is. Ehhez a hívóképhez azonosítja az autista személy a saját, napirendjéről levett képkártyát, és onnantól kezdve jobban tájékozódik.

A rendszer folyamatos bővítésével, annak gyakoroltatásával, és a mindennapi életben való használatával, a nem beszélő autisták számára is olyan szintű szerveződést érhetünk el, mellyel életüket könnyebbé tesszük, tüneteik jórészét enyhíthetjük (gyógypedagógus és család feladata).



12. ábra Piktogramos tábla autisták számára (Forrás:<http://emiratesautism.ae/programs/>)

Meg kell említeni, hogy Magyarországon az autisták 10%-a kerül speciális ellátásba, oktatásba, így a súlyos autistáknak alig van lehetőségük ezeket a rendszereket és a speciális kommunikációt elsajátítani, és számukra kialakított akadálymentes környezetben alkalmazni.

Az ellátás speciális eszközigénye

A biztonságos, önálló mozgást segítő környezet kialakításához szükséges eszközök értelmi akadályozott személyek esetén:

- gyerekszárak fiókokra, szekrényajtókra, hűtőszekrényekre
- nyitás gátlók ablakokra
- csúszásgátlók fürdőkádba, zuhanyzóba
- vakdugók konnektorba
- rögzíthető körbekerítő rendszerek fűtőtest köré
- rögzítés fal mellett álló polcrendszerre
- műanyag étkezészet

- önműködően záródó vízcsapok
- csúszásmentes padló
- mosható falfesték
- masszív bútorok
- intézményi elhelyezés esetén: azonos kulccsal nyitható ajtózárok
- könnyen kezelhető ruházat (tépőzáras cipő, gumírozott derekú nadrág)
- biztonságosan zárható kert
- utcai közlekedéskor, kirándulásakor: értesítési telefonszámmal ellátott karkötő, nyaklánc, vagy póló

Térben, időben strukturált környezet (bejósolható) kialakításához szükséges eszközök autizmusban a TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication – handicapped CHildren) program szerint:

- a tér felosztása és tépőzáras hívóképekkel való ellátása, tevékenységi körök szerint
- napirendi táblák (több ellátott esetén színkódolással)
- napirendi kártyák tépőzárral
- folyamatábrák, feladatkártyák a tevékenységek strukturálásához (pl. munka, tanulás)
- feladatkártyákkal azonos piktogrammal, vagy fényképpel ellátott feladatboxok, dobozok (28. ábra)



13. ábra Feladatkártyák tárolása (Forrás: <https://www.wasd.org/Page/3218>)

- tárgyas napirend esetén tépőzárral ellátott, kisméretű játék vagy modell jelzőtárgyak és napirend.

Kommunikációt segítő eszközök autizmusban a Picture Exchange Communication System továbbiakban PECS program szerint:

- kommunikációs kártyák
- PECS album, a kommunikációs kártyák témakörök szerinti rendezéséhez, tárolásához

- a segítőknél nyakba akasztható kommunikációs kártyacsomag, a legfontosabb és leggyakoribb utasításokkal, kérdésekkel
- tárgyas kommunikáció esetén kisméretű, játék vagy modell kommunikációs tárgyak
- PECS számítógépes változatához PECS szoftver, számítógép
- tároló zsebekkel ellátott album kommunikációs tárgyak rendezéséhez, tárolásához

Kommunikáció és az információátadás specialitásai

Mivel az autistáknál nem egyszerűen a beszéd, hanem a teljes kommunikáció sérült, az egyéb lehetőségek is igen szűkek. A beszéd hiányát írással, jelzéssel, metakommunikációs jelzésekkel stb. nem tudjuk helyettesíteni.

A képcserés kommunikációs rendszert (PECS) azonban többnyire képesek elsajátítani, és ez nem csak a nem beszélő autista személyeknek jelent segítséget, hanem azokban az esetekben is, amikor beszéd van ugyan, de nem adekvát közlésre használják. A PECS gondolatmenete a tér-idő strukturáláshoz hasonlatos, vizuális megsegítésre épít (29. ábra).

Az oktatás kezdetén a legnagyobb nehézséget az okozza, hogy az autistát rá kell venni a kommunikációra. Sokuk nem is érti, hogy két ember egymás közt gondolatokat cserélhet, és a kommunikációval a partner cselekedeteit, reakcióit befolyásolni tudja (autisztikus magány). Ha a kommunikáció már megindult, a rendszer folyamatos bővítésével, gyakorlásával egyre sokrétűbb információcserét lehet elérni.

Kezdetben itt is tárgyakat használnak az első lépésekhez

(pl. pohár, a szomjas vagyok jele) majd fokozatosan, mikor a kép a képpel egyeztetés képessége kialakult, áttérnek a piktogramos módszerre.

A kommunikációs kártyák minden helyzetben az autista személy rendelkezésére állnak, pl. témakörök szerint csoportosítva, album formában magával hordhatja.

A piktogramokat nem ismerő „idegen” beszélgetőpartnert a képek alá írt szöveg segíti a megértésben. Ha belegondolunk abba, hogy sok kommunikációban gátolt autistának ez az egyetlen lehetőség arra, hogy más emberekkel kapcsolatot tartsanak, még súlyosabbnak látszik az a gondunk, hogy csak kevesen jutnak hozzá a teljes idejű speciális oktatáshoz és ellátáshoz.



14. ábra Piktogram, felirattal (Forrás:http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Nyelvfejlési_zavarok/kommunikaci.html)

Az egészségügyi ellátáshoz jutás egészségügyi feladatai

A közlekedés és a várakozás komoly probléma lehet. A tömegközlekedési eszközök gyakran atrocitások színterei, ezért gyakran a hozzátartozók segítenek a szállításban. A kiszámíthatatlan közlekedés miatt gyakori a közlekedési pánik.

- Ha nem sürgősségi ellátásról van szó, érdemes a hozzátartozóval előre egyeztetni az időpontot, a vizsgálat várható idejét, menetét, eszközeit.
- Az időpontot tág határok között adjuk meg, és ha megérkeznek, biztosítsunk soronkívüliséget.
- A beavatkozás időtartamánál vegyük figyelembe a nem várható akadályokat, ezért legalább háromszoros időt számoljunk.

A vizsgálati, ellátási folyamat specialitásai

Csökkentjük a páciens terhelését, ha a fogyatékoság speciális igényei szerint készítjük elő a vizsgálatot. Nehézséget jelent, hogy panaszait nem mindig tudja megfogalmazni. Ebben az esetben a kísérő, illetve alternatív kommunikációs eszköz segíthet.

Súlyos fokban értelmileg akadályozott vagy autista személyek esetében számítani kell a helyzet meg nem értéséből származó nehézségekre, pánikreakciókra. Segíthet, ha a hozzátartozóval előre megbeszéljük a vizsgálat menetét, megkérjük, hogy ezt otthon többször beszéljék meg, a vizsgálat közbeni testhelyzeteket próbálják otthon gyakorolni.

PI: vérvételnél a sranguláló gumi kipróbálása, nőgyógyászati vizsgálatnál a vizsgáló asztal bemutatása, kipróbálása.

A vizsgálat előtt és alatt az akadályozott személyhez beszéljünk, még ha nem is biztos, hogy megérti. Mondandónk legyen tömör és egyszerű, lényegre szorító, amit akár többször is elismételhetünk.

A kórházi ellátás sajátosságai

A megszokott napirend felborulása és a folyamatos benntartózkodás komoly nehézség forrása lehet.

A legoptimálisabb, ha külön két ágyas szobában helyezzük el a hozzátartozóval közösen, erre már a legtöbb kórházban van lehetőség.

Külön figyelmet kell fordítani az:

- étkezésre (az ápolási anamnézisbe fel kell tüntetni az étkezési szokásokat, sajátosságokat);
- higiénés szokások betartására, ami gyakran segítséget igényel;
- pihenés, aktivitás módjára (Felborulhat az alvási rendjük, ami a többi beteget zavarhatja).

Különleges helyzetek

Az agressziós kitörések mindig következményes tünetek, aminek kiváltó okát nem mindig tudjuk meghatározni. A súlyos fokban értelmi fogyatékos és autista személyek a helyzetek meg nem értéséből, az események bejósolhatatlanságából, és a kommunikációs nehézségekből adódóan komoly, folyamatos stresszt élnek meg. Ennek talaján kialakuló pánik menekülési, védekezési reakciókat vált ki.

Beavatkozások közben kerüljük az izolációt. Az ellenünk irányuló támadás általában eszközmentes, jellemző a harapási vagy karmolási kísérlet. Ha ilyen helyzetbe kerülünk, iktassunk be szünetet, és kezdjük újra a kommunikációs kapcsolatteremtést. Ilyen esetben kiemelt jelentőséggel bír a kísérő személy segítsége.

Összefoglalás

A mentálisan sérült személyeknek az egészségügyi ellátás során speciális ellátásra van szükségük. Ebből a legfontosabb a biztonságos környezet, melynek kialakításával önállóságukat támogatjuk, valamint kiemelkedően fontos a megfelelő kommunikáció és bánásmód. Ennek érdekében különös gondot kell fordítanunk az autista személyek számára kialakítható bejósolhatóságra, és speciális alternatív kommunikációra.

SÚLYOSAN-HALMOZOTTAN FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

A súlyosan- halmozottan fogyatékos személyek a legnagyobb ellátási igénnyel rendelkező csoport. Különleges ellátási igényeik kombinálódó akadályozottságra vezethetők vissza. A kognitív károsodásokat a mozgatórendszer különböző mértékű károsodása is kíséri. Beszéd- és önellátó képességük többnyire ki sem fejleszthető, állandó felügyeletet és ellátást igényelnek.

Kórházba, rendelőintézetbe kerülésük előtt, ha mód van rá, beszéljük meg a hozzátartozóval, hogy mobil segédeszközeit hozza magával. Ideális esetben a

hozzátartozó felvételére is sor kerülhet, mert ezzel mérsékelhető az ismeretlen környezettől és a beavatkozásoktól való félelem. A beavatkozások során számolni kell azzal, hogy a beteg esetleg kihúzza a csöveket magából. Csak a legvégső esetben korlátozzuk a mozgásában! Alkalmazzunk olyan rögzítéseket, hogy a beteg természetes mozgását ne akadályozzuk, de a tű, vagy katéter biztonságban maradjon. (30. ábra).

A segédeszközök használata nélkülözhetetlen, de időt és türelmet kell szentelni rá, hogy a beteg megismerje azokat, és ne féljen tőlük.

A vizsgálatok és az ellátás alatt használatos speciális eszközök

- Dönthető/állítható magasságú vizsgálószék
- Mozgatható vizsgálóasztal
- Korláttal ellátott mozgatható betegágy
- Magasított háttámlájú kerekesszék
- Fürdető szék
- Fürdető ágy
- Tompa végű olló
- Szobai WC
- Betegemelő
- Rögzítő hevederek
- Fejvédő sisak
- Étkezést segítő eszközök (csőrös pohár, vastagított nyelű kanál, tapadókorongos tányér)
- Műanyag előke a nyálcsorgás felfogására



30. ábra Biztonságos elhelyezés (Forrás:<http://www.beyr-medical.hu/>)

A kommunikáció és az információátadás specialitásai

A súlyosan-halmozottan fogyatékos emberek általában alig rendelkeznek kommunikációs eszközökkel, elszigeteltek, nagy nehézséget jelent számukra önmaguk kifejezése. Fontos a fogyatékos személy és a környezete közötti kapcsolat kialakítása, a kommunikációs lehetőségek alapfeltételeinek feltárása és megteremtése.

- Mindig partnernek kell tekinteni a fogyatékos személyt.
- Forduljunk mindig szembe vele, ha kerekesszéket használ, kerüljünk vele egy magasságba.
- Ne a külső alapján ítéljük meg (előítélet)!
- A beteg állapotából adódóan érzékenyebb lehet, félreértheti a dolgokat. Mindig egyértelműen fogalmazzunk.
- Mindig egyénre szabottan kell a beteghez közelíteni, és feltérképezni a kommunikációs szükségletét. Motoros beszédzavar esetén a beszéd elmosódott lehet, de ez nem jelent értelmi vagy hallási akadályozottságot.
- Beszéd hiányában kézírás, számítógép, augmentatív vagy alternatív kommunikációs eszközök segítségével könnyebben kommunikálhatunk.

Összefoglalás

A súlyosan-halmozottan fogyatékos személyek csoportjára jellemző, hogy egymást rontó folyamatok, sérülések okozzák az akadályozottságot. A humán funkciók károsodása mind genetikai, mind szerzett okokra vezethető vissza. Heterogenitásuk nagyon nehezíti az ellátás folyamatát, mely speciális ellátási szükségletet generál, és jól felszerelt eszközparkot igényel. A folyamatos komplex segítség komoly feladatot jelent a hozzátartozóknak és az egészségügyi szakembereknek is.

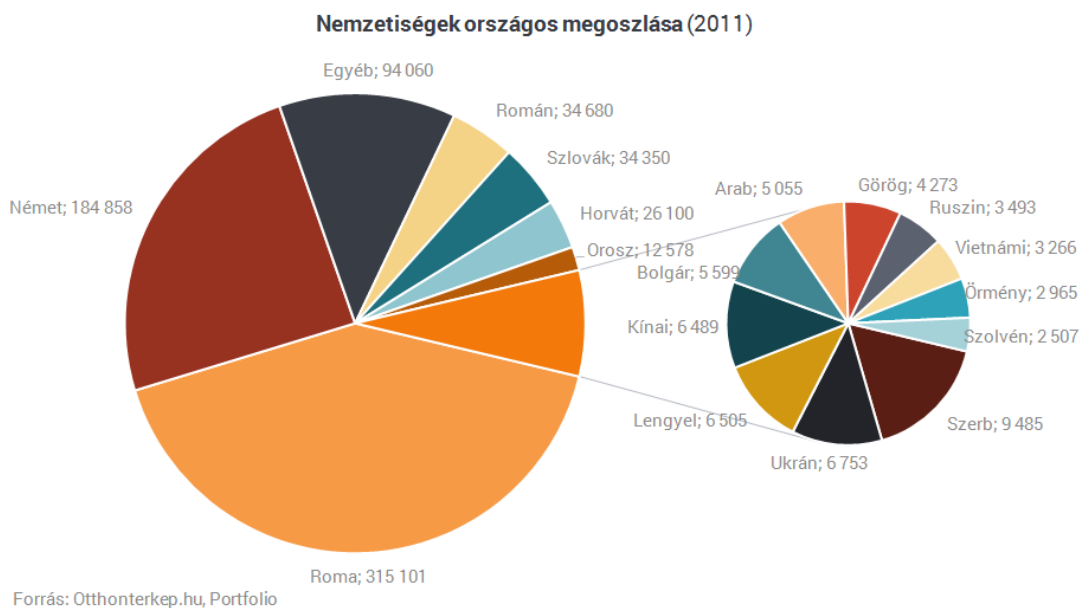
TRANSZKULTURÁLIS ÁPOLÁS

A transzkulturális ápolás új fogalomként jelenik meg országunkban, mely az egészségügyi dolgozóktól új ismereteket, új hozzáállást kíván. A határok átjárhatóságával egyre több, számunkra idegen kultúrájú, vallású egyén tartózkodik hazánkban turistaként, munkavállalóként, letelepedőként, akik ittlétük alatt egészségügyi ellátásra is szorulhatnak: történhet velük baleset, vagy hirtelen meg is betegedhetnek.

Az ápolók, ha egy tőlük eltérő kultúrájú beteggel találkoznak, legtöbbször megütköznek másságán. Amikor két különböző identitás találkozik – ha csak rövid időre is – ott a különbség feszültséget idézhet elő. Az ápolónak fel kell ismernie a más kultúrából adódó speciális szokásokat, viselkedést. Ez nem azt jelenti, hogy azonosulni kell a másikkal, hanem a transzkulturális ápolásban alkalmazott megközelítési módszerekkel a feszültséget csökkentenie kell. Az ápolók felismerték, hogy minden erőfeszítésük hatástalan lesz, frusztrációt és kedvezőtlen hatást váltanak ki, ha nem ismerik az ellátandó kliens kulturális értékeit.

A transzkulturális ápolás egy meghatározott irány, amely speciálisan az eltérő kultúrák szemléletére, értékeire, életmódjára fókuszál. A megszerzett ismeretek felhasználásával hatékonyabbá lehet tenni a különböző identitású egyének, családok, csoportok ápolását.

A Központi Statisztikai Hivatal 2011-es népszámlálási adataiból látható, a mai Magyarország nemzetiségi megoszlása (31. ábra).



15. ábra Nemzetiségek megoszlása Magyarországon (Forrás:<http://www.portfolio.hu/ingatlan/lakas/elkeszult-magyarorszag-nemzetisegi-terkepe.215337.html>)

Magyarország fennállása során mindig is különböző nemzetiségek otthona volt. Ismert történelmi viszontagságainknak köszönhetően a magyar nép igen kevert. A Kárpát-medence a magyarok megérkezésekor már lakott volt. A honfoglaláskor beérkező magyarok egy sokszínű, sokféle kultúrájú, soknemzetiségű területen vetették meg a lábukat, többek között avarok és szláv nyelvet beszélő törzsek éltek a vidéken.

A középkorban, különösen a tatárjárás pusztításait követően került sor nem magyar nemzetiségűek nagyobb arányú betelepítésére az országba. Ennek során a Német-római Császárság területéről német, illetve jóval kisebb számban Itáliából olasz, Flandriából holland nyelvű telepések, iparosok, kézművesek, kereskedők érkeztek, valamint a kunok és a jászok törzsei Kelet-Európa területéről. Ezek a népcsoportok viszonylag hamar elmagyarosodtak, kivéve a Magyar Királyság elzártabb területein élő németajkú erdélyi szászokat és szepességi szászokat, valamint a románokat, akik a 14. századtól jelentek meg nagyobb számban Erdély területén.

Vallásilag is különálló kisebbséget alkottak a zsidók és a bősörmények (muzulmán vallású bolgár-török népcsoport).

A törökök balkáni háborúi következtében érkezett a romák (cigányok) első hulláma a 15. században, majd a 19. században a második nagyobb hullám az Oláh fejedelemség területéről.

A törökök kiűzése utáni időkben két folyamat határozta meg a nem magyar nyelvű csoportok alakulását. Az egyik a betelepítés, amelynek során nagyszámú német telepest költöztettek a mai Magyarország háborúktól elpusztított, elnéptelenedett területeire. Mivel a legnagyobb számú betelepülő csoport Svábföldről érkezett, ezért a 18. században betelepített németeket egységesen sváboknak nevezték el, megkülönböztetve őket a középkori eredetű, szintén németajkú szászoktól.

A másik jelentős nemzetiségalakító folyamat a spontán bevándorlás volt, melynek során leginkább a szegényebb rétegek költöztek a jobb élet reményében a kis népsűrűségű, jobb megélhetést ígérő Magyarországra. A 18. század elején, a szervezett betelepítéstől függetlenül maguktól is érkeztek németek. Rajtuk kívül még hét nemzetiség bevándorlása volt jelentős: a szerbek és a bunyevácok a sokácok, a katolikus bosnyákok és horvátok a románok Erdélyből az Alföld keleti részére (Bánát és Partium), a szlovákok pedig Felvidékről Békés megye területére vándoroltak. De élnek itt örmények, görögök, cincárok (makedo-vlachok) és bolgárok, akik néhány nemzedék alatt beolvadtak a környező magyarságba.

A rendszerváltás után kezdődött a kínai munkavállalók betelepődése az országba, akik le is telepednek, és gyermekeiket magyar nyelvű iskolába járatják. Egyes becslések szerint 20000 körüli a számuk.

A 21. századi történelmünk az Európai Unióhoz való tartozásunk, az EU polgárok szabad mozgása, letelepedése, munkavállalása még inkább segít a multikultúra létrejöttének, és ha még távolabbra tekintünk, azt tapasztaljuk, hogy a domináns monokultúrát Európa országaiban is szinte kivétel nélkül felváltja a multikultúra.

A bemutatott etnikai-kulturális sokszínűség ellenére a multikulturalitásból eredő probléma markánsan csak néhány etnikum/vallási csoport esetében jelentkezik.

A továbbiakban a teljesség igénye nélkül ismertetjük négy etnikai/kulturális csoport jellegzetességeit: a zsidóságot, az ázsiai népcsoportból a kínaiakét, az arab kultúrkörből a mohamedán vallásúakat, és a régóta velünk élő romákat.

Néhány példán keresztül eljutunk a kongruálisan hiteles multikulturális ápoláshoz.

A **zsidóság**, az izraelita vallásúak közössége; ők azok, akiknek eltérő szokásaival a hétköznapokban ritkán lehet találkozni, mert zárt közösséget alkotnak. Az egészségügyi ellátást is igyekeznek saját köreiken belül megoldani, kivéve a sürgősségi eseteket, amikor is szigorú, néha teljesíthetetlen előírásoknak kell megfelelni, mint például a kóser étkeztetés.

Ezek a szokások sérthetetlen vallási követelményekből erednek, kezelésük kellő ismeret hiányában nagyon nehéz. Ilyenkor érdemes olyan szakmai-vallási szervezetekhez fordulni (pl. MAZSIHISZ), akik segíthetnek a probléma megoldásában.

Fontos tudni, hogy étkezésükben tiltott a sertéshús minden formában, a halak közül pedig azok, amelyeknek nincs pikkelye és uszonya. A húst és a tejterméket külön edényben kell felszolgálni, elkészíteni és tárolni. A tejterméket kell először felszolgálni, majd négy-hat óra múlva következhet a hús. Más színű konyharuha kell a tejes, és más a húsos edény eltörléséhez, és megint más színű textil az étkezéskor. Ezeket a kórházak nem tudják teljesíteni, ezért célszerű bevonni a családot. **A zsidó családok mindent megtesznek a betegek ellátásáért, ez vallási kötelességük is.**

Születés után az ortodox zsidó kultúrában a rituális cirkumcizio, a körülmetélés minden fiú újszülött számára kötelező.

A Sabbat (szombat) a zsidóság heti ünnepe, ami péntek naplementével kezdődik és szombat alkonyatig tart. Szombaton semmi munkát nem szabad végezni és semmi olyan cselekedetet végrehajtani, ami munkavégzéshez vezet. Vissza lehet utasítani a sebészeti beavatkozást, de komoly betegség esetén felmentést kaphat a beteg.

Esetleírás: „Egy Izraelbe kivándorolt ortodox család látogatóba érkezett Magyarországra. Az idős nőbeteg eszméletvesztéssel került kórházba. A hozzátartozók ragaszkodtak ahhoz, hogy folyamatosan a beteg mellett legyenek, és imádkozással segítsék gyógyulását. Ezekben a napokban éppen egy zsidó ünnep volt. A hozzátartozók nem engedték a szokásos ételek adását szondán keresztül. Minden nap kóser étteremből hozatott ételeket kellett turmixolva adnunk. Nem mosdathattuk meg, mert ebben az ünnepi időszakban víz nem érhet a vallásos ember testét. A beteg a második napon elhunyt, a holttestét le kellett takarni úgy, hogy egyetlen testrész se látszódjék ki a lepel alól. Az ágyról való levételről hallani sem akartak a hozzátartozók, egy külön helyiségbe kellett elhelyezni az elhaltat, ahol nyitott ablak mellett 24 órán át virrasztottak és imádkoztak a hozzátartozók várva az Izraelből érkező gyermekét. A halott elszállítása is problémát jelentett, ünnep lévén tiltott volt a munka (szállítás), csak kizárólag a Főrabbi engedélyezhette. Súlyosbította a helyzetet, hogy a munka tilalma miatt a szükséges dokumentumokat sem írhatták alá a hozzátartozók. Az események magyarországi gyakorlattól való eltérésének engedélyezése a kórház főigazgatójának az engedélyével történt.” (Rozsos Erzsébet gyűjtése) (Rozsos, 2006. 43.évf. 2.szám)

Kínaiak. A kínai orvoslás azt tanítja, hogy az egészség a szellemi és fizikai harmónia állapota a természettel. Az egészséges test egyensúlyi állapotban van. Amikor az egyensúly megbomlik, annak eredménye a betegség. YIN-YANG vagyis a sötét-világos ellentét, ami az élet sok területén, így a betegségek kialakulásában és az orvoslásban is fontos szerepet játszik. Yin és Yang általánosan kifejezi az egymással ellentétes erőket, amibe beletartozik a hideg-meleg, tűz és víz. Az ellentétpárok egy egészet alkotnak, így, ha valamiből az adott pillanatban sok vagy kevés van, akkor törekedni kell az egyenlítésre. A hagyományos kínai tradíciók szerint szigorúan meg van szabva, hogy mit mivel kell enni, illetve milyen párosításokat kell kerülni. A nőknek a menstruációs ciklus függvényében másfajta étkezésre van szükségük. A vérzés időszaka alatt például úgy tartják, hogy a szervezet Yint, azaz hideget veszít, amit Yannal, vagyis meleggel kell pótolni. Ezért ebben az időszakban csak meleg folyadékot lehet fogyasztani és a hideg ételeket is kerülni kell. Úgy gondolják, a testüket, mint ajándékot adták nekik szüleik. A saját szervezetük nem az ő személyes tulajdonuk, gondozni kell és jól karbantartani. A kínai beteg először a hagyományos kínai gyógymódot veszi igénybe pl.: akupunktúra. A kínai orvoslás szerint a betegségek a gázokból alakulnak ki és nagyon egészségtelen bármit is bent tartani, ezért nem illetlenség náluk a böfögés és a bélgázok társaságban való eleresztése.

Az ázsiai beteg ritkán panaszkodik arról, hogy valami zavarja őt. Gyakran az egyetlen jele annak, hogy probléma lehet, egy érintetlen tálca étel vagy a beteg csendes visszahúzódása.

Az ápoló ne ajánlja fel a segítséget pl. fájdalomcsillapító kínálása, ágyneműcsere végzésére, hanem végezze el automatikusan.

Mohamedánok. Az „arab világ” 22 országot foglal magában a Közel-Keleten és Észak-Afrikában, 180 milliós populációval. Arabok, akik beszélik az arab nyelv különböző dialektusait, és osztoznak az arab kultúra értékeiben és hiedelmeiben. Az arabok többsége mohamedán. Konzervatív vallási meggyőződésük miatt nem esznek sertéshúst, és nem fogyasztanak alkoholt. Tiszteletben tartják a ramadánt, ami minden 12 évnél idősebb egészséges mohamedánra kötelező. Nem kötelező viszont a betegekre, a gyerekekre és az állapotos asszonyokra. Ehhez napfelkeltétől, napnyugtáig nem szabad enni, inni, dohányozni, szeretkezni. Napnyugta után azonban mindenből lehet enni és inni.

Esetleírás: Középkorú arab férfit vettek fel az intenzív osztályra típusos anginás panaszokkal. A vizsgálatok igazolták a szívinfarktust. A beteg nem beszélte a nyelvünket, és angolul is csak kevés szót értett. Ruháit is alig sikerült levenni róla, de nagy mennyiségű aranyékszerét nem lehetett. (később a tolmács elmondta, hogy a kultúrájukban a társadalmi rang jele az ékszerek mennyisége). A beavatkozásokat napközben jól viselte, de nem volt hajlandó enni. Ez egészen éjfélig tartott, akkor kézzel-lábbal mutogatta, hogy mennyire éhes. Ramadán idején került felvételre, és ebben a súlyos állapotában is be akarta tartani a böjtöt. (Rozsos Erzsébet gyűjtése)

(Rozsos, 2006. 43.évf. 2.szám)

Az ápoló feladata, hogy félretegye a beteg napi ételét és italát, hogy éjjel el tudja fogyasztani.

Az imádságok, a Korán olvasása segítséget és vigaszt ad a betegeknek és a családtagoknak, és elősegíti a beteg gyógyulását. Nagyra értékelik a modern nyugati orvostudományt, és bíznak az orvosokban. Hamar kérnek szakmai segítséget, válaszolnak a kérdésekre, meghallgatják az egészségügyi szakember tanácsát, az utasításokat követik. Amint a tünetek javultak, sok beteg abbahagyja az orvos által felírt gyógyszer szedését, vagy nem tér vissza kontrollvizsgálatra. Az ápolókat segítőnek tartják, nem tekintik őket egészségügyi szakembernek, az ő javaslataikat és tanácsaikat nem veszik komolyan.

A rituális ima meghatározott formulákból és Korán idézetekből áll, előírt testmozgás kíséri. Mindig Mekka irányába fordulva kell végezni. Rituális mosakodás előzi meg. Naponta ötször kell végrehajtani: hajnalban, délben, délután, naplementekor és este. Ha valaki beteg, elvégezheti az imát ülve vagy fekvé is.

Célszerű a betegnek külön szobát vagy paravánt biztosítani a szabad vallásgyakorlásához.

Ha a beteg kórházba kerül, társadalmi kötelezettség a barátok és a család részéről, hogy meglátogassák, és ajándékokat hozzanak, úgymint virágot, süteményt vagy csokoládét. A legtöbb arab úgy véli, hogy a szülés csak a nők dolga. A szülő nő körül általában a női rokonok és a barátnők segédkeznek, apák nem mennek be a szülőszobába. Az arab családokban a becsület az egyik legnagyobb érték. A család becsületében meghatározó a női tisztaság, erkölcsösség és a szélsőséges szexuális elkülönülést mindenkor fenn kell tartani. A terhesség során vagy a nőgyógyászati vizsgálatokhoz a nők inkább női orvost kívánnak. Férfi ápolókat nem rendelhetnek muzulmán nő mellé. A férfi felelőssége megvédeni a nő erényét az egészségügyi ellátás során; sokszor egy egyszerű jel az ajtón – miszerint „Kérem, kopogjon belépés előtt” – segítheti az ellátásukat. Az arabok nem szívesen közölnek részletes információkat saját magukról, családjukról idegeneknek. Konzervatívak, zavarba jönnek ha a szexuális kapcsolatokra és egyéb személyes kérdésekre kerül a sor. Ramadán idején sok beteg nem veszi be a gyógyszereket, vagy tartózkodik a napközbeni evéstől. Mivel a mohamedánok nem esznek sertéshúst, a betegek nem esznek meg minden kórházi ételt.

Jelentős kultúrkör hazánkban a **roma**. A mindennapi gyakorlatban velük találkozunk a leggyakrabban.

A roma társadalom alapegysége a kiterjesztett nagycsalád, amelybe a testvérek, unokatestvérek családjai is beletartoznak.

A férfi véleménye elsődleges, a nők alárendelt szerepet kapnak.

Kórházi felvételt követően nehezen viselik a családtól történő elszakadást. Ennek tudható be, hogy akár a látogatás idejét is meghaladóan, a hozzátartozók nagyobb csoportokban veszik körül a beteg ágyát.

A gyógyítás kerékkötője lehet a roma közösség ama hagyománya, miszerint az ital jelképe a testvériségnek, miközben a testet is tisztítja. Fontos, hogy az egészségügyi

személyzet miként tudja konfliktusmentesen kezelni a fenti szokásból adódó szituációkat. Képes-e rávenni az adott közösséget az egészségügyi intézmény szabályainak betartására?

Ha sürgősségi ellátásra van szükség, és orvost kell hívni, akkor 2-5 személyt is küldenek a rendelőbe. Ilyenkor felrúgva a szabályokat, sokszor nem is kopognak, hanem ijedten dörömbölnék az orvosi szoba ajtaján. Számukra ez a segítségkérés módja. Jellemző, hogy egyszerre többen beszélnek és a beteg állapotát túlozva írják le. Tapasztalat, hogy ilyen esetben a lehangosabban beszélőhöz vagy az idősebbhez kell mérsékelt hangnemben szólni, ezáltal megnyugszik és a problémát el tudja mondani. A helyszínre érkező orvos azt tapasztalja, hogy a beteg körül annyian tolonganak, ahányan csak odaférnek. Ilyenkor vagy a helyi vajdát, vagy valamelyik idősebb személyt kell felszólítani, hogy küldjön ki a legközelebbi hozzátartozókon kívül mindenkit. Amennyiben a beteg a saját lábán is el tud menni az orvoshoz, akkor is többen kísérik el. Már az utcán zajosabbak, amire a járókelők is felfigyelnek. A váróban sem maradnak csendben. Jóval hangosabban kommunikálnak, mint a többi beteg. Előfordul, hogy a kisgyermekes anyák magukkal viszik gyermeküket is, aki esetleg sír, zajong.

A várakozást nehezen viselik. Ilyenkor ki kell menni a váróba, meg kell nyugtatni őket, és fel kell hívni a figyelmüket arra, hogy a házirendet betartva várakozzanak. Roma nők vizsgálatakor figyelemmel kell lenni arra, hogy többségük nagyon szemérmes és vonakodva vetkőzik.

Gyakori a romáknál, hogy görcsösen ragaszkodnak ősi babonáikhoz és hiedelemvilágukhoz. Ha olyan szokással találkozunk, amelyet az egészségre károsnak ítélünk meg, akkor meg kell győzni őket annak elhagyásáról. Az egészségügyet korlátozottan veszik igénybe, sok esetben öngyógyító technikákat alkalmaznak.

El kell fogadnunk, hogy a romák érzelmi kitörései az átlagnál erősebbek, ezért, ha a családban haláleset történik, akkor többen egyszerre jajveszékelnek, hangosan zokognak, a nők sokszor megtépik ruhájukat, a férfiak késsel megvagdalthatják alkarjukat, hasukat, mellkasukat. Ezek láttán nem szabad megijedni, felháborodni, megbotránkozni, vagy akár megszólítani őket, mert végzetes következményei lehetnek. Ilyen esetben nyugodtan, higgadtan kell viselkedni, és a csendesebben reagálókkal kell szóba elegyedni.

(Cserkész, 2006/11)

Az Egyesült Államokban korábban kezdtek a probléma megoldásával foglalkozni, és Madelaine Leininger (32. ábra) amerikai ápolónő és antropológus 1980-ban nyilvánosságra hozta ápolási modelljét, mely „**Sunrise**” – **Napkelte modell** néven híresült el.

A transzkulturális ápolás egy meghatározott irány, amely speciálisan az eltérő kultúrák szemléletére, értékeire, életmódjára fókuszál. A megszerzett ismeretek felhasználásával hatékonyabbá lehet tenni a különböző identitású egyének, családok, csoportok ápolását.



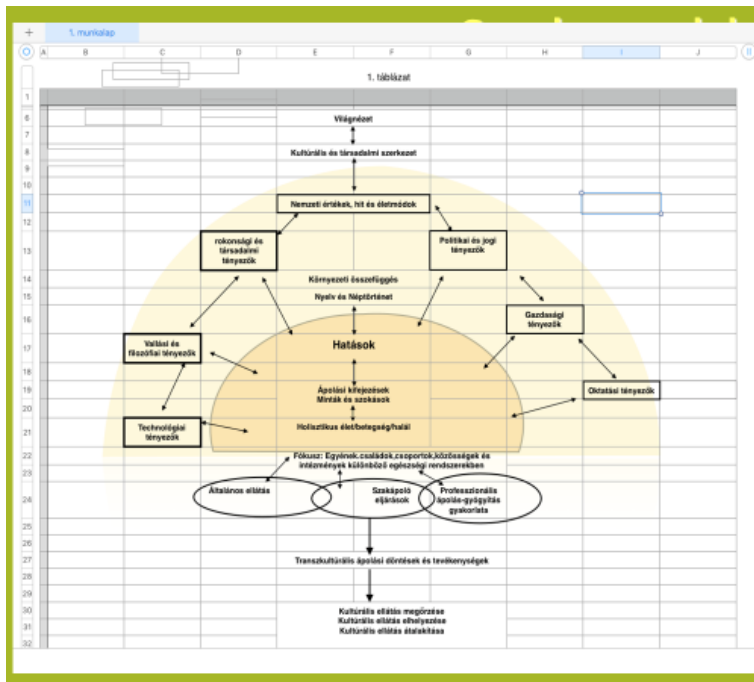
16. ábra Dr. Madeleine Leininger (Forrás:<http://www.tcns.org/Foundress.html>)

A transzkulturális ápolás egy híd szerepét tölti be a különböző kultúrájú emberek hitvilága és értékrendszere között.

Modelljében átfogó és nyitott módszert ajánl az egyén, a család, a csoport, a közösség értékeléséhez. Elsőként dönteni kell arról, hogy kire/kikre fókuszál a felmérés: egyénre, csoportra, családra, közösségre. Ezt követően vannak, akik először a szakmai és az általános ellátásra fókuszálnak, mások inkább a világnézetre, a szociális faktorokra a modell felső részén. Az ápolónak az értékelés során saját nézetei helyett koncentrálnia kell a válaszadó nézeteire, értékeire. A megfelelő ápolás megköveteli a kliens világának és tapasztalatainak teljes mélységű és széleskörű megismerését, beleértve az otthoni gyakorlatot és tapasztalatokat azokra a dolgokra vonatkozóan, amelyek az ápolást, az ellátást befolyásolhatják (33. ábra). Elengedhetetlen az aktív figyelem, a türelem, az érdeklődés és a hallgatás. Követve a modellt az ápoló eljut a kulturális ápolási tevékenységek és döntések elméleti módjainak három fajtájához. Az elméleti háttérrel tekintve és az ápoló szakmai általános ismereteit figyelembe véve azonosítja és összefoglalja a válaszadó adatait a három módszerhez:

- Megelőzés és/vagy fenntartás.
- Alkalmazkodás és/vagy megbeszélés.
- Változtatás és/vagy újrastrukturálás.

A kutató és a kliens együtt dönthetnek a megfelelő ápolási tevékenységekről és döntésekről, ami nagy valószínűséggel vezet a felajánlott ápolás/ellátási mód elfogadásához. Összefoglalva tehát az ápolási tevékenységek és döntések adatai a modell alsó és felső részéből nyert információkból származnak, melyek felhasználásával a részt vevői megközelítéssel a kliens és az ápoló saját ismereteinek, értékeinek és hasznának figyelembevételével hoz döntést.



- Világnézet – a kliens hogyan látja a világot
- Kulturális és társadalmi szerkeze - honnan, hogyan jött, tapasztalatok, nyelvi készségek
- Nemzeti értékek, hit, életmódok
- Rokonsági és szociális faktorok – ki gondoskodik, ki nem gondoskodik személy, a család hatása az egészség megtartásában. Elvart gondoskodás mértéke a családtól és az ápolótól
- Vallás/spiritualitás, filozófiai faktorok – étkezés, imádkozás stb
- Technológiai faktorok – A mindennapos életben használt technikai eszközök vagy ezek nélkülözése
- Politikai, jogi tényezők – a politikai és jogi cselekvések hatása az egészségre
- Gazdasági tényezők – kik a családban a keresők? Mit gondol a pénz jelenti az egészséget?
- Oktatási tényezők – Iskolai végzettség, információk az egészség-betegség témakörben
- Nyelvi és kommunikációs faktorok – milyen nyelven ért? Milyen nyelvi korlátjai vannak az ellátásnak? Milyen verbális és nonverbális problémák merülnek fel.
- Szakmai és ellátási hiedelmek – a páciens javaslata az ápolónak a jó ellátási gyakorlatról
- Általános és specifikus ápolói gyakorlatok – az otthoni vagy a kórházi ellátás preferálása, az ápolás jelentése a kliens számára, értékek, hiedelmek a jó és elvart ápoláshoz

17. ábra Leininger féle ápolási modell szempontjai

Leininger rövidített modellje elsősorban a sürgősségi és az akut ellátásban használható. Az adatok értékelése általános információkat nyújt egy rövid ápolási terv kidolgozásához vagy döntésekhez. Minden fázis egyértelmű és könnyen követhető.

Első fázis: a megfigyelés, amit látunk, hallunk, tapasztalunk a klienssel kapcsolatban beleértve a ruházatot, a megjelenést, a testi állapot jellemzőit, a nyelvet, a modort és az általános viselkedést, attitűdöket és a kulturális jellemzőket.

Második fázis: hallgassuk meg és tanuljunk a kliens kulturális értékeiről, hiedelmeiről és napi (éjszakai) gyakorlatairól, melyek összefüggésben lehetnek az ellátással és az egészséggel a kliens környezeti kontextusában. Fordítsunk figyelmet az általános (otthoni vagy népi) és a szakértői ápolói gyakorlatra is.

Harmadik fázis: azonosítsuk és dokumentáljuk a visszatérő kliens-narratívákat (történeteket) amelyeket a kliens látott, hallott vagy tapasztalt.

Negyedik fázis: összegezzük a témaköröket és az ellátási lehetőségeket az első három fázisban kapott információk alapján.

Ötödik fázis: Készítsünk egy kultúra alapú kliens-ápoló ellátási tervet, résztvevői együttműködéssel a döntésekhez és a tevékenységekhez a kulturálisan kongruens ellátás számára.

(Oláh, András., Szerk., 2012)

Összefoglalás

A transzkulturális ápolás új fogalomként jelenik meg országunkban, mely az egészségügyi dolgozóktól új ismereteket, új hozzáállást kíván. Az ápolónak fel kell ismernie a más kultúrából adódó speciális szokásokat, viselkedést. Megismertünk négy etnikai/kulturális csoport jellegzetességeit: a zsidóságot, az ázsiai népcsoportból a kínaiakét, az arab kultúrkörből a mohamedán vallásúakat, és a régóta velünk élő romákat.

A transzkulturális ápolás egy meghatározott irány, amely speciálisan az eltérő kultúrák szemléletére, értékeire, életmódjára fókuszál. A megszerzett ismeretek felhasználásával hatékonyabbá lehet tenni a különböző identitású egyének, családok, csoportok ápolását.

A Leininger modell szerint, megfelelő ápolás megköveteli a kliens világának és tapasztalatainak teljes mélységű és széleskörű megismerését, beleértve az otthoni gyakorlatot és tapasztalatokat azokra a dolgokra vonatkozóan, amelyek az ápolást, az ellátást befolyásolhatják.

Ezért az ápolónak fel kell mérni a beteggel kapcsolatban az alábbi tényezőket:

- világnézet – a kliens hogyan látja a világot;
- kulturális és társadalmi szerkezet - honnan, hogyan jött, tapasztalatok, nyelvi készségek;
- nemzeti értékek, hit, életmódok;
- rokonsági és szociális faktorok – ki gondoskodó, ki nem gondoskodó személy, a család hatása az egészség megtartásában. Elvárt gondoskodás mértéke a családtól és az ápolótól;
- vallás/spiritualitás, filozófiai faktorok – étkezés, imádkozás stb
- technológiai faktorok – a mindennapos életben használt technikai eszközök vagy ezek nélkülözése;
- politikai, jogi tényezők – a politikai és jogi cselekvések hatása az egészségre;
- gazdasági tényezők – kik a családban a keresők;
- oktatási tényezők – iskolai végzettség, információk az egészség-betegség témakörben;
- nyelvi és kommunikációs faktorok – milyen nyelven ért, milyen nyelvi korlátjai vannak az ellátásnak, milyen verbális és nonverbális problémák merülnek fel;
- szakmai és ellátási hiedelmek – a páciens javaslata az ápolónak a jó ellátási gyakorlatról;
- általános és specifikus ápolói gyakorlatok – az otthoni vagy a kórházi ellátás preferálása, az ápolás jelentése a kliens számára, értékek, hiedelmek a jó és elvárt ápoláshoz.

Ezt követően a kliens bevonásával készítsük el az ellátási tervet

- Megelőzés és/vagy fenntartás.
- Alkalmazkodás és/vagy megbeszélés.
- Változtatás és/vagy újrastrukturálás érdekében.

Irodalomjegyzék

- Andrew J. Fletcher, J. E. (2003). *Orvos a családban*. Budapest: Melánia kiadó.
- Bliss-Alapítvány. (2013). Forrás: http://rehabjob.blog.hu/2013/12/13/bliss_alapitvany-_kimondani_a_kimondhatatlant
- Csákvári. Judit, & Mészáros. Andrea. (2012). *Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Forrás: Diagnosztikai kézikönyv: diagnosztikus protokollja
- Cserkész, S. (2006/11). Transzkultúra az ápolásban. *Kórház*.
- ÉFOÉSZ. (2007). *A fogyatékosággal élő személyekről szóló egyezmény*. Forrás: <http://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf>
- ELTE, B. G. (dátum nélk.). Info-kommunikációs akadálymentesítésért szemléltető módszertani eszközpark, a segítő kommunikáció oktatáshoz.
http://www.hallasvilaga.hu/?parent_id=159&module=208. (dátum nélk.).
- Kálmán, Z. (2009). *A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai hátterének kialakítása*. Budapest: A fogyatékos személyek esélyegyenlőségéért Közalapítvány.
- Laki, I. (2013/3). A Fogyatékosággal élő emberekről. *Neveléstudomány*, 79-85.
- Oláh, András., Szerk.;. (2012). *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Radványi, K. (2007). *Az értelmi fogyatékosok ellátásának szakmai és intézményi feltételrendszere*. Forrás: http://www.oktatasikerekasztal.hu/hattertanulmanyok/06/radvanyi_ertelmi_fogyatekosok.pdf
- Reisz, M., Széplaki, M., Tasnádi, Á., Török, R., Vizvári, L., & Vekerdy-Nagy, Z. (2009). *fizikai és infokommunikációs akadálymentesítés szakmai hátterének kialakítása*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.
- Rozsos, E. (2006. 43.évf. 2.szám). Vallások és kultúrák kapcsolatai az ápolás/gyógyítás szempontjaival. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, old.: 74-85.

AEEK

Állami Egészségügyi Ellátó Központ



Egységes ápolási eszközpark kialakítása
(EFOP-2.2.0-16-2016-00003)

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFECTETÉS A JÖVŐBE