

Az egészséges és a beteg ember szükségleteinek kielégítése

Az ápolást is, mind más tevékenységet is, elméleti és gyakorlati részre lehet felosztani. Egyik sem tud a másik nélkül jól működni. Ha a munkánkat jól akarjuk végezni, szükségünk van elméleti tudásra. Az ápolás során ezt a tudást az emberi szervezet megismerése jelenti mind az egészséges mind a beteg működési folyamatok esetén.

Az ápolás elméleti kérdéseivel a múlt század közepétől kezdtek tudományosan is foglalkozni. Jó néhány ápolási modell készült, mindegyik középpontja a beteg ember és egészségi állapotának visszaállítása. Vannak köztük hasonlóságok, de a témát más-más szemszögből közelítették meg.

Az ápolási modell, felfogások, nézetek rendszere, gondolati terv filozófia. Tükrözi a modell alkotójának elképzeléseit, de hatással van rá az adott ország kultúrája is. Az ápolási modellek az embert fizikai, pszichés, szociális összetevőkből álló rendszerként értelmezik. A szemléletmód változása, a személyközpontú megközelítés az egyik tényező, ami életre hívta az ápolási modelleket.

Az ápolás, foglalkozás, élethivatás, ugyanakkor egy bonyolult rendszer. A cél a fejlődő hivatás elméleti keretének létrehozása. Ápolási elmélet hiányában az ápolás gyakorlata sem tud fejlődni. Az ápolási modell egyfajta rendszer, az ápolás elméleti alapja, amely szerint az ápolás végezhető.

Az ápolás elmélete négy fő fogalomrendszerrel dolgozik ezek az ember, a környezet, az egészség, és az ápolás.

- **az ember** integrált, egyszeri és megismételhetetlen, cselekedetek és magatartások által meghatározott viselkedési rendszer, aki állandó kölcsönhatásban áll a környezetével.
- **a környezet** az élő szervezett körülvevő élő és élettelen tényezők rendszere.
- **az egészség** annak a mértéke, hogy az egyén vagy csoport mennyire képes törekvéseit realizálni, szükségleteit kielégíteni illetve mennyire képes környezete megváltoztatására, vagy az azzal való megbirkózásra.
- az ápolási modellek visszatükrözik az ápolással foglalkozó elméleti szakemberek világnézetét, értékrendjét, illetve a fogalmak közötti kapcsolatrendszert. **Az ápolás** egy állandóan változó fejlődő tudományág.

Minden ápolási modell a négy alapvető komponens kapcsolatát írja le. Az ápolási modellek az emberi méltóság tiszteletére helyezik a hangsúlyt. Visszatükröződik benne a beteg autonómiája, szabad döntéshozatala, igényeinek felismerése.

Az ápolási modellek fejlődése

Az első ápolási modellt **Florence Nightingale alkotta meg 1859-ben.** Az elmélete szerint a beteget minél hamarabb a legjobb körülmények közé kell helyezni, hogy a természet kifejthesse jótékony hatását. Fontos szerepet tulajdonított a környezeti tényezőknek, fény tiszta levegő, meleg, táplálék.

A szükségleti modellek az **1950-es években indultak fejlődésnek. Jeles képviselője Virginia Henderson.** 14 alapszükségletet határozott meg, amelyet az egészséges ember segítség nélkül képes kielégíteni őket. Az ápolás célját abban határozta meg, hogy a beteg embert segíteni kell hogy mielőbb visszakapja azt a képességet amellyel a szükségleteit ki tudja elégíteni.

Henderson 14 alapszükséglete

1. Normális,élettani légzés
2. A megfelelő táplálkozás (étkezés és ivás)
3. Minden lehetséges váladéktörítési folyamat
4. Mozgás és megfelelő testhelyzet fenntartása
5. Alvás és pihenés
6. Megfelelő ruházkodás: öltözés és vetkőzés
7. Az élettani testhőmérséklet fenntartása, megfelelő ruházattal és környezettel.

Az egészséges és a beteg ember szükségleteinek kielégítése

8. A test tisztán és ápoltan tartása
9. A környezeti veszélyforrások elkerülése, mások megsértésének megelőzése.
10. Kommunikáció másokkal, érzelmek, szükségletek, félelmek kifejezésére
11. A vallásos hit meggyőződés szerinti gyakorlása
12. Sikerélményt nyújtó feladatok gyakorlása
13. Különféle, felfrissülést hozó tevékenységek játék, rekreáció
14. A normális fejlődéshez és egészséghez szükséges tanulás, felfedezés, természetes kíváncsiság kielégítése.

Mindig vannak módosító tényezők: életkor, érzelmi állapot, szociális körülmények, fizikai képességek stb.

Alapszükségleteket módosító patológiás / kóros/ állapotok:

- folyadékbevitel zavarai, éhezéssel állapot, vészes hányás, hasmenés
- akut oxigénhiány
- tudatzavar
- sokkos állapot
- normálistól eltérő testhőmérséklet, lehűlés, láz
- sérülések, sebek, fertőzés
- műtét utáni állapotok
- betegség miatti mozgásképtelenség, ágynyugalom
- állandó makacs fájdalom

Virginia Henderson / 1955/ ápolási modellje közismert, világszerte elfogadott és alkalmazott ápolási modell. Az egyén szükségleteire fókuszál. A szükséglet egy hiányállapot, melynek oka, a létfenntartáshoz szükséges tevékenység, illetve az ezekkel kapcsolatos szervek működésének hiánya.

Dorothea Orem / 1971 / ápolási modellje az embert a környezetével egységes egészként értelmezi, alkalmazkodni kell a változásokhoz. Az egészséget egy autonóm folyamatként értelmezi, alkalmazkodás során megőrizzük az egészségünket. Az ápolás során az önellátást helyezi előtérbe. Az önellátás a mindennapi tevékenységek közül azok elvégzését jelenti amelyek hozzájárulnak a beteg egészségéhez jóllétéhez. Segíteni az egyént az „öngyógyításban”, feladatai teljesítésében és szert tenni maximális autonómiára. Az önellátási igények felosztását az alapvető szükségletek, igények mentén határozta meg:

- levegő, megfelelő lélegzés
- folyadékbevitel, táplálkozás
- ürítés
- aktív tevékenység és a pihenés egyensúlya
- társas kapcsolatok kialakítása
- veszélyhelyzetek felismerése és elhárítása
- társadalmi helyzetnek megfelelő emberi működőképesség és fejlődés.

A beteg képes felismerni, hogy problémája van az egészségével, orvosi segítségre van szüksége, képes a terápia végrehajtására valamint a betegség okozta változásokhoz alkalmazkodni képes.

Martha Rogers /1952/ szerinte is az ember egységes egész, nyitott rendszer az őt körülvevő környezet felé. Az egészség az ember és környezete közötti harmonikus kapcsolat eredménye. Az ápolásról vallott felfogása: elősegíteni az ember és környezete közötti harmonikus kapcsolatot így az egészségi állapot elérését elősegítjük.

Az egészséges és a beteg ember szükségleteinek kielégítése

A beteg ember szükségleteinek felmérése kielégítése

Visszaautalnék Henderson ápolási modelljénél leírt alapszükségletekre és azok kielégítésére, amelyek az egészség visszaállítását szolgálják.

Még egy kis ismétlés: korábban szó volt az **ápolási folyamat** részéről. Ezek: **felmérés, ápolási diagnózis, tervezés, megvalósítás, értékelés.**

1. Alvási igény a pihenés szükséglete: legyenek szívesek átolvasni az előző hét anyagát az alvásról. Itt most csak az alvással kapcsolatos ápolási feladatokról lenne szó.

Az alvásra jellemző ápolási folyamat és dokumentálása:

1. **Felmérés:** a beteg elmondása szerint felmérjük az alvási szükségleteit, problémáit. Itt mindig a panaszokra, a beteg által elmondott tényekre hagyatkozunk.
2. **Ápolási diagnózis: a felmérést összegezve állítunk fel ápolási diagnózist.** Megjegyezném semmi köze az orvosi diagnózishoz. Ez mindig a **problémára fókuszál**, annak megállapítása után lehet megfogalmazni. Pl. a megváltozott környezet miatt kialakult alvászavar; alvászavar a betegség okozta stressz miatt. / ok-okozati összefüggést kell megállapítani/
3. **Tervezés:** a felállított diagnózishoz készítünk **ápolási tervet**. Célunk az alvászavar megszüntetése. Szükség esetén más szakember segítségét is kérhetjük. a megváltozott környezet okozta alvászavar lehetséges segítő lépései, a megismert alvási szokások biztosítása / nem szeret sötétben aludni, olvasni szokott elalvás előtt, ágyat igyekezzünk kényelmessé tenni, a szoba hőmérséklete fontos tényező lehet.../. A stressz okozta alvászavar esetében az információ hiányt lehetőség szerint pótoljuk, megnyugtató beszélgetés, betegtársakkal megismertetni... .
4. **Megvalósítás:** a tervezésnél felsoroltak megvalósítása.
5. **Értékelés:** el kell döntenie a kitűzött tervet sikerült-e megvalósítani. Megszűnt-e az alvászavar vagy nem, tudtunk-e megfelelő környezetet biztosítani, segítettünk-e a stressz leküzdésében. Ha az alvászavar fennáll továbbra is új tervet kell készíteni.

Természetesen mindezeket az ápolási dokumentációban rögzítjük.

Az ágyazással most nem foglalkozunk, ez gyakorlati feladat lenne.

Fekvés és fektetési módok

A gyógyintézeti kezelés egyik feladata a beteg nyugalomba helyezése. Ennek módjai a kikapcsolódás / segítségnyújtás, az új környezethez való alkalmazkodásban/, a másik az ágynyugalom. A betegség súlyossága, a beteg életkora, határozza meg, hogy a fizikai nyugalomba helyezés melyik módját válasszuk.

- **Ágynyugalom:** a gyógyítás elengedhetetlen feltétele, hogy a beteg embert fizikai megterheléstől részben vagy egészben mentesítsük.
 - *teljes ágynyugalom:* feltétele a megfelelő jól előkészített ágy. fekvéskor az izmok ellazulnak, a testhőmérséklet csökken, általában a fájdalom is csökken, Az ágynyugalom sok előnnyel jár, főleg ha a maga választott testhelyzetben fekszik. Az ágynyugalom egyszerű és szigorú voltát az orvos írja elő.
 - *egyszerű ágynyugalom:* a beteg felkelhet, csak meghatározott időt kell ágyban tölteni.

Az egészséges és a beteg ember szükségleteinek kielégítése

- *szigorú ágynyugalom*: nem hagyhatja el az ágyat. Enyhébb esetben mozoghat az ágyban, részben elláthatja önmagát. Súlyosabb esetben teljes ellátást igényel csak minimális mozgást tehet az ágyban.

A **hosszan tartó ágyban fekvésnek vannak veszélyei**. Leginkább az idős emberek vannak kitéve ennek. A **veszélyek**: felfekvés kialakulása, trombozisveszély, tüdőgyulladás, ízületi merevség. A veszélyek miatt ma sok esetben a tartós ágyban fekvés helyett a korai fokozatos mozgatót szorgalmazzuk.

- **Fekvés: az ágyban való elhelyezkedést értjük. Az elfoglalt testhelyzet lehet élettani és lehet kóros. Fekvésmódok:**
 - aktív hátfekvés: élettani helyzet, az izmok elernyednek
 - passzív hátfekvés: súlyos magatehetetlen beteg által elfoglalt helyzet
 - aktív oldalfekvés: élettani helyzet, a beteg maga foglalja el,
 - kóros fekvési módok / kényszerszertartások/: egy-egy betegségre jellemző
- **Fektetés: az orvos által előírt fekvési mód. A beteget fektethetjük :**
 - háton fekvés: műtétek után, lehet párna nélküli, vagy az alsó végtag megemelésével
 - oldalra fektetés: párnákkal felmagasítva, vagy vízszintes helyzetben történhet. Vizsgálatok elvégzéséhez szükséges, vagy a betegség kívánja meg.
 - félig ülő helyzet: főleg légzési elégtelenség szívbetegség során alkalmazzuk. Az ágy megemelt fejrésze mellett a lecsúszás megakadályozására a lábakat megtámasztjuk.
 - Ülő helyzet: kiterjedt tüdőgyulladás valamint súlyos keringési elégtelenség során jelentkező nehézlégzés esetén alkalmazzuk. Megtámasztjuk a hátát és a végtagokra is helyezzük párnákat amire rá tud dőlni.
 - hason fektetés: ritkán alkalmazott módszer, háton csípő tájékon végzett műtétek során.

Feladatok: A mostani feladat során a válaszok alkotnák a tananyag vázlatát is. Ezért azt kérem mindenki részletesen válaszoljon a kérdésekre és nem kell külön vázlatot írni. Az egyszavas, vagy egy mondatos válaszokat nem fogadom el!

1. Melyek az ápolási modellek alapvető komponensei?

2. Mutasd be Virginia Henderson Ápolási modelljét!

3. Válassz még egy ápolási modellt és röviden írd róla!

4. Melyek az ápolási folyamat részei?

5. Mit jelent az ágynyugalom? Milyen fajtái vannak?

Mi a különbség a fekvés és a fektetés között?

Melyik fektetési módot alkalmazzuk:

- gyomorműtét után,
- súlyos tüdőgyulladás esetén?

Válaszokat a szokott módon kérem vissza, Jó munkát mindenkinek! Márti néni

Az egészséges és a beteg ember szükségleteinek kielégítése