

START...

**Új védőnői módszerek a koragyermekkorai fejlődési eltérések
felismerésében és gondozásában**

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

TÁMOP 6.1.4. KORAGYERMEKKORI TANANYAG X.



Bársonyné Kis Klára–Bajusz Judit–Eszik Orsolya–Gácsi Erika
Karácsony Ilona–Kispéter Lászlóné

START...

**Új védőnői módszerek a koragyermekkorai fejlődési eltérések
felismerésében és gondozásában**

HALLGATÓI KÉZIKÖNYV

**GYEMSZI, Budapest
2014**

Írta és szerkesztette:
Bársonyné Kis Klára, Bajusz Judit, Eszik Orsolya, Gácsi Erika,
Karácsony Ilona, Kispéter Lászlóné

Szakmai lektorok
Kissné Dányi Éva, Jávorné Erdei Renáta

A TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt szakmai vezetése
Prof. Fogarasi András szakmai vezető
Kereki Judit szakmai vezető koordinátor

Képzés, humánerőforrás-fejlesztés alprojekt szakmai vezetése
Borbás Krisztina képzési alprojekt szakmai vezető

II. elemi projekt
Kispéter Lászlóné, elemi projektvezető (szakmai)
Eszik Orsolya, elemi projektvezető (operatív)
Hajdu Emese, elemi projektasszisztens

A jelen műben megjelenő képek, ábrák, fényképek és illusztrációk a GYEMSZI szerzői jogi tulajdonában állnak vagy engedéllyel használja azokat.
Azon képek, ábrák, fényképek és illusztrációk esetében, melyek nem a GYEMSZI tulajdonát képezik, a források megjelölésre kerültek.

TARTALOM

Köszöntő.....	9
1. téma: A prevencióról általában – szintjei, céljai, módszerei, eszközei (1–2. óra)	15
1.1. altéma: A kurzus követelményrendszerének ismertetése.....	15
1.2. altéma: A TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai (0–7 év) program című kiemelt projekt célja, háttere	16
1.3. altéma: Kompetens védőnő a koragyermekkorai ellátásban	17
1.4. altéma: Kompetens szülő, szülői kompetenciák a koragyermekkorai gondozással és neveléssel	22
1.5. altéma: Szülői kompetencia erősítése, fejlesztése.....	25
1.6. altéma: A prevencióról általában – szintjei, céljai, módszerei, eszközei.....	30
1.7. altéma: A szűrővizsgálatokról – a szűrővizsgálatok jelentősége, jogi szabályozás	31
2. téma: Védő- és rizikófaktorok felmérése és felismerése (3–4. óra).....	33
2.1. altéma: A védő- és rizikófaktorok fogalmi meghatározása és jelentősége a védőnői munkában	33
2.2. altéma: Védő- és rizikófaktorok beazonosítása a várandósság kezdetétől egészen a gyermek 7 éves életkoráig, rizikószűrés a védőnői munkában	35
2.3. altéma: Rizikószűrés a várandósság időszakában	40
2.4. altéma: Rizikószűrés a gyermek 1 hónapos korában.	47
3. téma: A gondozás folyamatának általános szempontjai egészséges gyermek és eltérő fejlődésű, krónikus beteg csecsemő-, kisded- és kisgyermekkorai megbetegedések esetén (5–6. óra)	55
3.1. altéma: Gondozás folyamatának fogalmi meghatározásai	55
3.2. altéma: Egészséges újszülött gondozási folyamata.	60
3.3. altéma: A gondozás szempontjai eltérő fejlődésű, csecsemő-, kisded- és kisgyermekkorai krónikus megbetegedések esetén	68
4. téma: A Szülői Kérdőív szerepe a gyermekek fejlődésének nyomon követésében (7–8. óra)	85
4.1. altéma: A Szülői Kérdőív használatának védőnői feladatai. A Szülői Kérdőívek szerepe a gyermekek fejlődésének nyomon követésében	85
4.2. altéma: A Szülői Kérdőív kitöltésével kapcsolatban felmerülő problémák a szülők oldaláról	85
4.3. altéma: A szülő és a védőnő együttműködése a koragyermekkorai gondozásban és nevelésben	86

5. téma: Az egészséges csecsemő fejlődésének áttekintése (9–10. óra)	91
5.1. altéma: 4 hónapos csecsemő vizsgálata	91
5.2. altéma: Különböző korú csecsemők fejlődésének jellemzői.	93
5.3. altéma: 9 hónapos csecsemő vizsgálata	95
6. téma: Az 1–3 éves gyermek fejlődésének nyomon követése (11–12. óra).	99
6.1. altéma: Az 1–3 éves gyermek fejlődése	99
6.2. altéma: A 15 hónapos kisded fejlődésének nyomon követése, korszerű védőnői szűrővizsgálata	100
6.3. altéma: A 2 éves kisded fejlődésének nyomon követése, korszerű védőnői szűrővizsgálata	106
7. téma: A 3–6 éves gyermek fejlődésének nyomon követése (13–14. óra)	109
7.1. altéma: A 3–6 éves gyermek fejlődése	109
7.2. altéma: A 3 éves kisgyermek fejlődésének nyomon követése, korszerű védőnői szűrővizsgálata	110
7.3. altéma: Az 5 éves kisgyermek fejlődésének nyomon követése, korszerű védőnői szűrővizsgálata	113
8. téma: A szülő tájékoztatása a szűrés eredményéről – A „rossz hír” közlése, a szülői elfogadás támogatása (15–16. óra)	119
8.1. altéma: A szülő és a gyermek tájékoztatása a szűrés eredményéről – A „rossz hír közlése”	119
8.2. altéma: A szülői elfogadás támogatása	122
9. téma: Gyermekút – időben megfelelő ellátásba kerülés fontossága. Gyermekút algoritmus (17–18. óra)	127
9.1. altéma: A korai beavatkozások indokoltsága, szabályozása és finanszírozása	127
9.2. altéma: A koragyermekkorai intervenció intézményrendszer résztvevői	137
9.3. altéma: A gyermek útja jogszabály szerint és a gyakorlatban, az ellátásba kerülést rendszerszinten akadályozó tényezők, hozzáférési problémák	140
10. téma: A védőnő szakmaközi (interprofesszionális) és ágazatközi együttműködése a koragyermekkorai ellátásban (19–20. óra)	161
10.1. altéma: Szakmaközi (interprofesszionális)/ágazatközi együttműködés és jellemzőik	161
10.2. altéma: Szakmaközi és ágazatközi együttműködés intézményi és szakember szereplő, az általuk nyújtott szolgáltatások a koragyermekkorai fejlődés követésében, a korai intervencióban	167
10.3. altéma: A szakmaközi (interprofesszionális) együttműködés bemutatása esetpéldán keresztül	168

11. téma: Segítő háló – új utak megtalálása (21–22. óra)	171
11.1. altéma: Kapcsolati háló, segítő háló fogalma, struktúrája	171
11.2. altéma: Segítő háló feltérképezése. Esetek kapcsán a segítőháló felvázolása	180
11.3. altéma: Új utak megtalálása, felajánlása	184
12. téma: A változás, a család új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítése, a szülők életmód-változtatásának támogatása (23–24. óra).	189
12.1. altéma: A változás, a család új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítése	189
12.2. altéma: A szülők életmód-változtatásának támogatása	191
13. téma: Egyéni esetkezelések Gondozási algoritmus gyakorlása (25–26. óra).	197
13.1. altéma: A gondozás folyamatának általános szempontjai egészséges gyermek gondozása esetén.	197
13.2. altéma: A gondozás folyamatának szempontjai eltérő mozgásfejlődésű gyermek gondozása esetén.	206
13.3. altéma: Hallássérült gyermek gondozása	223
13.4. altéma: A védőnői gondozás szempontjai autista gyermek esetén	225
FÜGGELÉK.	239
Az 1. téma önellenőrző feladatai	239
A 2. téma önellenőrző kérdései.	240
A 3. téma önellenőrző kérdései.	240
A 4. téma önellenőrző kérdései.	242
Az 5. téma önellenőrző kérdései.	242
A 6. téma önellenőrző kérdései.	243
A 7. téma önellenőrző kérdései.	243
A 8. téma önellenőrző kérdései.	244
A 9. téma önellenőrző kérdései.	244
A 10. téma önellenőrző feladatai	245
A 11. téma önellenőrző feladatai	245
A 12. téma önellenőrző kérdései.	245
1.4. altémához kapcsolódó függelék: Az „elég jó” szülői jellemzői:	246
1.6. altémához kapcsolódó függelék: A prevencióról általában – szintjei, céljai, módszerei, eszközei.	251
1.7. altémához kapcsolódó függelék: A szűrővizsgálatokról – a szűrővizsgálatok jelentősége, jogi szabályozás	255
10.2. altémához kapcsolódó függelék: Szakmaközi és ágazatközi együttműködés intézményi és szakember szereplő, az általuk nyújtott szolgáltatások a koragyermekkorai fejlődés követésében, a korai intervencióban.	258
10.3. altémához kapcsolódó függelék: A szakmaközi (interprofesszionális) együttműködés	262
11.2. altémához kapcsolódó függelék: Segítő háló feltérképezése – Szülősegítő szolgáltatások	284

12.1. altémához kapcsolódó függelék: A változás, a család új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítése	294
12.2. altémához kapcsolódó függelék: A szülők életmód-változtatásának támogatása	297

KÖSZÖNTŐ

Kedves Védőnő Hallgató!

Hallgatói Kézikönyvet tart a kezében, amely a „**START Új védőnői módszerek a koragyermekkorai fejlődési eltérések felismerésében és gondozásában**” című tantárgy segédanyagaként készült.

Néhány gondolat a tantárgy készítés motivációjáról, a témafeldolgozás módszeréről, a könyv használatáról:

A TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai (0–7 év) program kiemelt projekt az egészségügyi alapellátás munkájának és a **0–7 éves korú gyermek fejlődésének, egészséges életkezdetének és sikeres iskolakezdésének** hatékony támogatása érdekében a mainál korszerűbb, egységesebb szakmai módszereket, útmutatókat, segédleteket (pl. az életkorhoz kötött szűrésekhez kérdőív, szülői tájékoztató anyagok stb.) fejlesztett.

A projekt az **alapképzés** számára készített egy **tananyagcsomagot** azzal a céllal, hogy segítséget nyújtson a hallgatóknak a projektben fejlesztett módszertani novumok és szakmai irányelvek mielőbbi megismeréséhez, mivel a jelenleg már területen dolgozó védőnők továbbképzések keretében megismerhetik a fejlesztéseket.

A projekt megvalósulási időtartama alatt egy szemeszterben szabadon választható gyakorlati tárgyként kipróbálásra kerül a tananyagcsomag az önök részvételével.

A tananyag célja

Szintetizálni az e témához szükséges, különböző tantárgyakban tanult, eddig megszerzett ismereteket, rendszerezni életkoronként a fejlődési mérföldkövek megjelölésével a gyermeki fejlődés nyomon követéséhez szükséges megfigyelési módszereket és figyelemfelhívó jeleket.

A hallgató képes lesz a kurzus befejezését követően:

- a szükségletalapú gondozási folyamat elemeinek alkalmazására az egészséges és eltérő fejlődésű gyermekek esetében,
- a bevezetésre kerülő korszerű szűrés gyakorlati alkalmazására,
- a korábban tanultak továbbfejlesztésével tartalmi és formai változásra a szülővel történő kommunikációban,
- a szülő bevonásának módszereire a szűrővizsgálatokba a „szülői kérdőív” mint eszköz segítségével,
- minőségi változásra a szülővel történő együttműködésben, partneri viszony kialakításában,
- a gyanújelek észlelésének „kezelésére” a „rossz hír” közlés technikájának megismerésével.

A kurzus végére teljes körű információt szerez a hallgató a koragyermekkorai intervenciók rendszer működéséről, a rendszerben használt terápiás és fejlesztő módszerekről és szakember kompetenciákról. Megismeri a szakmák közötti együttműködés formai és tartalmi elemeit és nehézségeit, továbbá a várható „új gyermekút” rendszert.

A témafeldolgozás módszere

A képzésen az új ismeretek átadása frontális munka keretében zajlik. Emellett egyéni, páros munka, valamint kooperatív csoportmunka alkalmazására is sor kerül. A módszerek közül az előadás, beszélgetés, megbeszélés, magyarázat, ötletbörze, mozaik módszer használatára kerül sor. A képzés sikerességének feltétele a hatékony együttgondolkodás, a korábbi ismeretek beépítése, a csoportos megbeszélések, visszacsatolások megvalósítása.

A kézikönyv tartalmazza

- a témához kapcsolódó részletes elméleti összefoglalást,
- a gyakorlati megvalósításra alkalmas eseteket,
- a téma sikeres feldolgozását segítő önellenőrző feladatokat (a Függelékben találhatóak az önellenőrző kérdések),
- az egyes blokkokhoz tartozó ráhangolót, az előzetes tudás felelevenítéséhez szükséges ismeretek összefoglalóját,
- a téma feldolgozáshoz szükséges módszertani anyagokat,
- az egyéni és csoportos munkával megoldandó feladatokat,
- a tantárgy teljesítés követelményét.

A kézikönyv kiadásának kettős célja van

- egyrészt rendszerezni a téma széles körű feldolgozását segítő elméleti ismereteket és az esetfeldolgozásokon keresztül mélyíti a gyakorlati tudást,
- másrészt a könyv használata a hallgató számára egy olyan tanulási útmutatót ad, amely segíti a tanulási folyamatot, az eredményes felkészülést.

Újszerű eleme a képzésnek, hogy a kurzus végén a tananyagcsomag értékelésre kerül az önök részvételével. Az értékeléshez visszajelzések szükségesek (kérdőívek segítségével) mind az oktatók, mind a hallgatók részéről. Ezt követően elvégezhető a tananyagcsomag korrekciója, amennyiben a visszajelzések ezt indokoltá teszik, mivel cél a tantárgy graduális oktatásba történő hosszú távú bevezetése.

Kedves Hallgatók!

Kívánjuk, hogy ez a kísérleti kurzus segítse önöket a gyakorlati munkában! Bízunk abban, hogy a félév során bemutatásra kerülő újszerű módszertani elemeket tartalmazó tananyag hasznos segítség lesz a pályára történő felkészüléshez!

A projektstáb nevében jó munkát kívánok!

Kispéter Lászlóné
II. elemi projektvezető

A tematika összefoglaló táblázata (1–28. órák tervezett tartalmai)

Kontaktóra (összesen 28)			Egyéni óra (összesen 32)
Hét	Óra	Tartalom	Tartalom
1.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Követelményrendszer ismertetése • A TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai (0–7 év) kiemelt projekt célja, háttere • Kompetens védőnő – Kompetens szülő • A prevencióról általában – szintjei, céljai, módszerei, eszközei • A szűrővizsgálatokról – a szűrővizsgálatok jelentősége, jogi szabályozás 	<p>Az órai anyag elsajátítása, gyakorlása Felkészülés az önálló feladatra Folyamatos esetfeldolgozás a primer, a szekunder és a terciér prevenció alapelvei alapján</p>
2.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Védő- és rizikófaktorok felmérése-és felismerése <ul style="list-style-type: none"> ◦ A védő- és rizikófaktorok fogalmi meghatározása és jelentősége a védőnői munkában ◦ Védő- és rizikófaktorok beazonosítása a várandósság kezdetétől egészen a gyermek 7 éves életkoráig, rizikószűrés a védőnői munkában (pl. a várandósság idején, a gyermek 1 hónapos korában) 	
3.	2	<ul style="list-style-type: none"> • A gondozás folyamatának általános szempontjai egészséges gyermek gondozása esetén <ul style="list-style-type: none"> ◦ A gondozás szempontjai eltérő fejlődés, krónikus csecsemő-, kisdöd- és kisgyermekkorai megbetegedések esetén ◦ Gondozási specifikumok, megfigyelési szempontok 	
4.	2	<ul style="list-style-type: none"> • A szülői kérdőív szerepe a gyermekek fejlődésének nyomon követésében <ul style="list-style-type: none"> ◦ A szülői kérdőív használatának védőnői feladatai • A szülő és védőnő együttműködése a koragyermekkorai gondozásban és nevelésben <ul style="list-style-type: none"> ◦ Az együttműködés fogalma ◦ A szülői és védőnői együttműködés közös jellemzői ◦ A szülői és védőnői együttműködés hátterének különbségei ◦ A szülői és védőnői együttműködést befolyásoló tényezők ◦ A nem megfelelő együttműködés következményei a szülők és védőnők oldaláról • A szülői és védőnői együttműködést segítő elvek és módszerek 	

Kontaktóra (összesen 28)			Egyéni óra (összesen 32)
Hét	Óra	Tartalom	Tartalom
5.	2	<ul style="list-style-type: none"> Az egészséges csecsemő fejlődésének áttekintése Részletes védőnői vizsgálati módszertan csecsemőkorban A megfigyelés módszere, a figyelemfelhívó jelek és a kivizsgálást igénylő állapotok felismerése, értékelése, közös értelmezése 	Az órai anyag elsajátítása, gyakorlása Folyamatos esetfeldolgozás a primer, a szekunder és a terciér prevenció alapelvei alapján
6.	2	<ul style="list-style-type: none"> Az egészséges kisded fejlődésének áttekintése Részletes védőnői vizsgálati módszertan kisdedkorban A megfigyelés módszere, a figyelemfelhívó jelek és a kivizsgálást igénylő állapotok felismerése, értékelése, közös értelmezése 	
7.	2	<ul style="list-style-type: none"> Az egészséges kisgyermek fejlődésének főbb állomásai Részletes védőnői vizsgálati módszertan kisgyermekkorban A megfigyelés módszere, a figyelemfelhívó jelek és a kivizsgálást igénylő állapotok felismerése, értékelése, közös értelmezése 	
8.	2	<ul style="list-style-type: none"> A szülő tájékoztatása a szűrés eredményéről – A „rossz hír” közlése A szülői elfogadás támogatása 	
9.	2	<ul style="list-style-type: none"> Gyerekút – időben megfelelő ellátásba kerülés fontossága <ul style="list-style-type: none"> A szülő és a gyermek felkészítése Gyerekút algoritmus 	
10.	2	<ul style="list-style-type: none"> Együtműködés a szakemberekkel <ul style="list-style-type: none"> Szakmaközi és ágazatközi együttműködés szereplői, a szereplők kompetenciái, az általuk nyújtott szolgáltatások a koragyermekkorai fejlődés követésében és a korai fejlesztésben A szakmaközi (interprofesszionális) együttműködés bemutatása esetpéldán keresztül 	
11.	2	<ul style="list-style-type: none"> Segítő háló – új utak megtalálása Kapcsolati háló, segítő háló fogalma, struktúrája <ul style="list-style-type: none"> Segítő háló feltérképezése – Esetek kapcsán a segítő háló felvázolása Új utak megtalálása, felajánlása 	

Kontaktóra (összesen 28)			Egyéni óra (összesen 32)
Hét	Óra	Tartalom	Tartalom
12.	2	<ul style="list-style-type: none"> • A változás, a család új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítése <ul style="list-style-type: none"> ◦ A változás, mint a család egyik alapvető funkciója ◦ Szülői reakciók fogyatékos gyerek születése esetén ◦ Változások a beteg, illetve fogyatékos gyermeket nevelő családok életében ◦ Védőnői feladatok a változás, az új élethelyzethez való alkalmazkodás segítésében ◦ A védőnői munka jellemzői a változás elősegítésében • A szülők életmód-változtatásának támogatása 	
13.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Egyéni esetkezelések <ul style="list-style-type: none"> ◦ Gondozási algoritmus gyakorlása egészséges és eltérő fejlődésű gyermek esetén ◦ Eltérő mozgásfejlődésű gyermek gondozása ◦ Hallássérült gyermek gondozása ◦ Autista gyermek gondozása 	
14.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Rendszerezés, összegzés, értékelés 	

A tananyag összeállításánál elsősorban a TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001-es projekt által kifejlesztett szakmai módszertani anyagokra támaszkodtunk. Ezek közül többet szó szerint is idézünk a Hallgatói Kézikönyvben, minden esetben pontosan jelöljük a felhasználások módját.

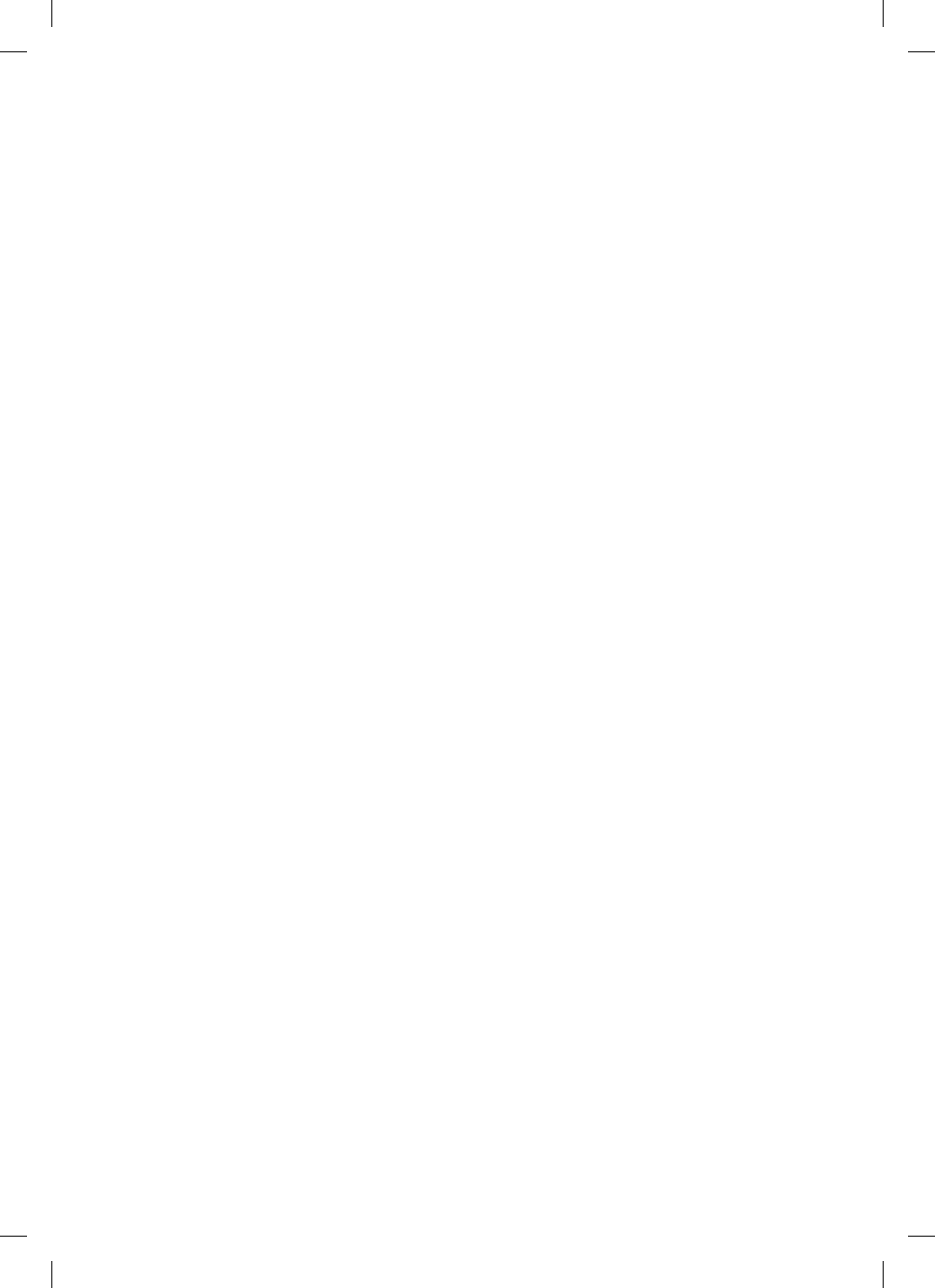
Kiemelt szakmai anyagokként tekintünk két dokumentumra, melyek a Hallgatói Kézikönyv témájához a legszorosabban csatlakoznak:

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014) TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkor program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Dr. Altorjai, P., Adorján, K., Asbóth, K., Bass, L., dr. Beke, A., dr. Berényi, M., dr. Berkes, A., dr. Bod, M., Czeizel, B., dr. Csiky, E., Csordás, Á., Hajtó, K., dr. Hanusz, K., Holló, R., Kádár, M., dr. Kálmán, M., dr. Kalmár, M., Kardos, Ervinné, dr. Kardos, L., Kereki, J., dr. Király, B., dr. Klujber, V., dr. Kovács, Á., dr. Kovács, Zs., Köllner, K., Márkné Ribiczey, N., Moravcsik-Kornyczki, Á., Németh, E., Odor, A., dr. Scheiber, D., dr. Schultheisz, J., dr. Stefanik, K. (a továbbiakban: Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez, 2014.)

Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell (2014)

Kereki, J., dr. Bauer, V., Gyarmathyné Doma, G., dr. Kujalek É., dr. Nádor, Cs., dr. Schultheisz, J., Somodi, A., dr. Újhelyi, J., Vámos, É., (a továbbiakban: *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell, 2014*).

Az itt említett dokumentumok tervezetten 2014 őszétől elektronikusan hozzáférhetővé válnak a www.gyermekalapellatas.hu honlapon.



1. TÉMA

A PREVENCIÓRÓL ÁLTALÁBAN – SZINTJEI, CÉLJAI, MÓDSZEREI, ESZKÖZEI (1-2. ÓRA)

1.1. ALTÉMA: A KURZUS KÖVETELMÉNYRENDSZERÉNEK ISMERTETÉSE

<i>A tantárgyelem megnevezése:</i>	Új védőnői módszerek a koragyermekkori fejlődési eltérések felismerésében és gondozásában
<i>A tantárgyelem teljesítési formája:</i>	gyakorlati jegy
<i>A tantárgyelem típusa:</i>	gyakorlat
<i>A tantárgyelem jellege:</i>	szabadon választható

A tantárgyelem tananyag tartalma (főbb témakörök): lásd tematika.

Évközi tanulmányi követelmények

Folyamatos (évközi):

- *1 db eset folyamatos feldolgozása, 3 részletben – a prevenció szintereknek megfelelően – történő leadása a folyamatos oktatói nyomon követés érdekében a következő időpontokban és elvek alapján:*
 - *az 5. oktatási hét végén – a primer prevenció alapelvek témakörben elsajátított szempontok alapján (leadási határidő: péntek 12 óra);*
 - *a 10. oktatási hét végén – a szekunder prevenció alapelvek témakörben elsajátított alapelvek alapján (leadási határidő: péntek 12 óra);*
 - *a 13. oktatási hét végén – tercier prevenció alapelvek témakörben elsajátított alapelvek alapján (leadási határidő: péntek 12 óra).*

A hallgató által elkészített eset feldolgozásának szempontjait, elkészítésének formai és tartalmi követelményeit az oktató az első órán ismerteti a hallgatókkal. A hallgató az elkészített esetsfeldolgozásra prevenció szinterenként maximum 20 pontot kaphat (összesen 3×20 pont = 60 pont).

- *ZH- írás a következő időpontokban:*
 - *az 5., 10. és 13. oktatási héten – a ZH tartalma a prevenció szintereknek megfelelő tananyag tartalom – amelyre a hallgató a 3 alkalommal összesen maximum 40 pontot kaphat.*

A megszerzett tudás és kompetenciák ellenőrzése és értékelése:

A gyakorlati jegyet a hallgató a folyamatos esetfeldolgozás (a 3 alkalommal leadott, preventációs színtereknek megfelelően elkészített esetfeldolgozás, amelyre a hallgató maximum: 3×20 pontot kaphat) és a ZH-írás (3 alkalommal maximum: 40 pontot kaphat) során elért összpontszámhoz rendelt ötfokozatú érdemjegy alapján kapja:

100 pont–90 pont	– jeles (5)
89 pont–80 pont	– jó (4)
79 pont–70 pont	– közepes (3)
69 pont–60 pont	– elégséges (2)
59 pont, illetve alatta	– elégtelen (1)

Amennyiben a hallgató elégtelen érdemjegyet kap, a szorgalmi időszak végéig az oktató által kijelölt feladat ismétlésével és eredményes teljesítésével teljesítheti a kurzust.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014.)
Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

Ajánlott irodalom

Szakmai folyóiratok: Védőnő, Gyermekgyógyászat, Népegészségügy, Orvosi Hetilap, Gyermek és Ifjúság stb.

1.2. ALTÉMA: A TÁMOP 6.1.4. KORAGYERMEKKORI (0–7 ÉV) PROGRAM CÍMŰ KIEMELT PROJEKT CÉLJA, HÁTTERE

Feldolgozandó témák

- a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0–7 év) kiemelt projekt célja, háttere
- főbb feladatok, tevékenységek a programban

Röviden a Koragyermekkori (0–7 év) programról

Az európai uniós forrásból megvalósuló TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 azonosítószámú, Koragyermekkori (0–7 év) program elnevezésű kiemelt projektet a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) és az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) által alkotott konzorcium valósítja meg. A két és fél éves projekt 2012. október 1-jén indult és 2015. március 31-én zárul.

A program a 0–7 éves korú gyermekek fejlődésének komplex támogatását és az őket segítő egészségügyi alapellátás színvonalának és hatékonyságának növelését célozza.

A projekt egyik kiemelt célja a gyermekek fejlődését akadályozó rizikó- és védőtényezők beazonosítása. Ezen a téren sajnos ma még sok a hiányosság, a jelenlegi rendszerben nem elég hatékony a fejlődési problémák korai életkorban történő felismerése. Többek között ez az egyik oka annak, hogy a fejlődésben elakadt gyermekek korai intervenciója sok esetben túl későn kezdődik meg. Egy hazai felmérés adatai alapján az iskola első osztályába járó sajátos nevelési igényű gyermekek egyharmada semmilyen intervenciót, fejlesztést nem kapott élete első 6-7 évében. Projektünk ezért a 0–7 éves korosztály optimális fejlődésének komplex támogatását célozza meg, ami a rizikó- és védőfaktorok felmérése mellett magában foglalja a gyermekek fejlődésének nyomon követését, az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrését. Ezzel párhuzamosan a projekt az egészségügyi alapellátás szakembereinek hatékonyabb munkavégzését is támogatja. A többféle továbbképzési program szolgálja az alapellátásban dolgozók korszerűbb, egységesebb tudásának megalapozását. A védőnők, házi gyermekorvosok/háziorvosok¹ adatgyűjtése a gyermekekről, illetve a köztük lévő adatáramlás lassú, megbízhatatlan, csak töredéke történik elektronikusan, ezért egy egységes informatikai infrastruktúra épül ki a projekt során.

Az alapellátók képzése és az informatikai fejlesztés mellett a projekt a szülők számára is háttértámogatást nyújt a gyermekek fejlődésének kibontakoztatásához és a felmerülő tipikus nevelési problémák megoldásához.

1.3. ALTÉMA: KOMPETENS VÉDŐNŐ A KORAGYERMEKKORI ELLÁTÁSBAN

Feldolgozandó témák

- A kompetencia általános fogalma
- A kompetencia mint funkcióra való alkalmasság
- A foglalkozásokhoz, munkakörökhöz, illetve szakképesítésekhez rendelt kompetenciák és jellemzőik
- A 0–7 éves korosztály optimális fejlődésének komplex támogatásához szükséges védőnői kompetenciák

1.3.1. A kompetencia fogalmának értelmezései, a kompetencia jellemzőinek meghatározása

A témával kapcsolatos újabb keletű szövegekben – a szaktudományos elemzésekben és szakmapolitikai döntés-előkészítést segítő dokumentumokban egyaránt – a „tulajdonságok”, a „képeségek” és a „személyiségjegyek” helyett ma már leginkább a „kompetencia” kifejezést olvashatjuk. A kompetencia latin eredetű kifejezés (competentia), jelentése hatáskör, illetékesség, hozzáértés, alkalmasság. A kompetenciafogalom a személyiség funkcionalitása

¹ Jelen dokumentumban a házi gyermekorvosok/háziorvosok kifejezésben a házi orvos alatt a gyermeket is ellátó, vegyes praxisban dolgozó házi orvosokat értjük.

mentén valamely funkció teljesítésére való alkalmasságot jelent. Ez az alkalmasság a döntések meghozatalában és a döntések kivitelezésében, végrehajtásában nyilvánul meg. A döntés meghozatalának feltétele a motiváltság, a kivitelezésé a tudás. A tudás – mint a döntés kivitelezésének feltétele – is összetett rendszer. A tudásnak két komponense van. Az egyiket mindazon képződmények, lenyomatok együttese alkotja, melyek a megismerés eredményeként jönnek létre. Ennek alkotóelemeit összefoglalóan ismereteknek, ismert jellegű tudásnak, gondolati rendszereknek nevezik. A tudás másik komponensét a cselekvéssel, cselekedni tudással, cselekvésképességgel kapcsolatos tudati képződmények bonyolult rendszere alkotja. Ez utóbbi csoport a képességek, a képesség jellegű tudás. A képesség a személyiség jellemzője, amely a jártasság és készség szintjén történő ismeretelsajátítás és feladatmegoldás arányai, mértéke és automatizáltsága alapján jellemzi a személyiséget. Az ismeretek önmagukban nem elegendők; teljesítményképes tudássá csak a gyakorlati alkalmazás, az ismeretekkel végzett sokoldalú műveletek, jártasságok és készségek útján válhatnak. A készség a cselekvés (és tevékenység) automatizált eleme, amely a tudat közvetlen ellenőrzése nélkül funkcionál. A készség a teljesítményképes tudás része, a tanulás eredménye, ahol kellő számú gyakorlás eredményeként a cselekvéssor automatikusan lefut. Jártasságon értjük az új feladatok, problémák megoldását, ismereteink alkotó (kombinatív) felhasználása útján. A jártasság tehát az ismeretek alkotó alkalmazására, az elsajátított ismeretek alapján tudatosan végrehajtott gyakorlati tevékenységre való felkészültséget jelenti. Az ismeret és a képesség egy és ugyanazon dolognak két, egymást kölcsönösen feltételező és meghatározó eleme. A képesség nem az emberrel vele született, készen kapott valami, hanem az élet, a tevékenység során alakul ki, fejlődik (Nagy, 2002).



1. sz. ábra

A kompetencia fogalmának értelmezése

Forrás: Kompetencia alapú oktatás – Készült a TÁMOP 4.1.2/B projekt keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Pedagógiai Intézet közreműködésével, 2010

1.3.2. A kompetencia fogalmának egy adott foglalkozás szempontjából történő értelmezése

Az alábbiakban a kompetencia fogalmának értelmezését egy adott foglalkozás szempontjából tesszük meg.

A kompetencia egy foglalkozás adott feladatainak eredményes teljesítéséhez szükséges ismeretek, készségek, magatartási, viselkedési jegyek összessége. A kompetencia fogalmának előbbi értelmezése a forrás, az eredet, azaz a cselekvő személy sajátosságaként, tulajdonságaként határozza meg a kompetenciát, míg egy másik értelmezés szerint a kompetencia a cselekvés eredménye, produktuma, a személy megnyilvánulása, teljesítménye felől (Heincz, 2006).

A foglalkozásokhoz, munkakörökhöz, illetve szakképesítésekhez rendelt kompetenciák a dolgozótól elvárható munkához kötődő tudást rögzítik, a munkafeladatok elvégzésére való képességet, alkalmasságot jelentik. Részletesen egyrészt a feladatoknak, mint a munkatevékenység megnyilvánulásának, másrészt a dolgozóban, a személyben benne rejlő tulajdonságoknak, mint a munkatevékenység feltételeinek felsorolásaként jelennek meg. A szakképesítés kompetenciaprofilja így a személy egységes kompetenciakészletének két vetületéből, a **feladatprofilból** és a **tulajdonságprofilból** áll (Petrovics, 2006).

A feladatprofil a foglalkozás, illetve a szakképesítés feladatait (egy átlagosan összetett foglalkozás tevékenysége mintegy 50-60 feladattal leképezhető), a tulajdonságprofil a személyt jellemző tulajdonságokat kategóriákba csoportosítva adja meg. A tulajdonságprofil tovább tagolható szakmai, módszer, társas és személyes kompetenciákra (Petrovics, 2006).

Heincz (2006) a **szakmai kompetenciák** kategóriájába a szakma gyakorlásához szükséges legfontosabb kompetenciákat sorolja. A szakmai kompetenciák kategóriájában – az adott szakmára vonatkozóan – két csoport alakítható ki: a szakmai ismeretek és a szakmai készségek, alkalmazások. A *szakmai ismeretek* csoportjában a foglalkozás/munkakör elmaradhatatlan feladatainak ellátásához szükséges általános és speciális ismeretek megnevezése, továbbá azok alkalmazása szerepel. A *szakmai készségek, alkalmazások* kompetenciacsoportjában a foglalkozás/munkakör szokásos feladatainak ellátásához szükséges és általánosan alkalmazott készségek találhatók. (Készség a szakmai – szellemi és fizikai – aktivitás automatizált elemeit jelenti, melyben kifejezésre jut a tevékenységben való gyakorlottság magas szintje.)

Heincz (2006) **módszerkompetenciák** alatt a munkatevékenység során a személy munkamódszerét, munkastílusát, a tevékenységhez való viszonyát leíró ismérveket érti. A módszerkompetenciák a jellemző cselekvési módok rutinját jelentik, amelyekkel a megszerzett szakmai ismereteket, tudást jól megválasztott módszerekkel alkalmazzuk. A szakember a módszerkompetenciák segítségével megfelelően tudja a különböző módszereket tervszerűen, személy- és szituációfüggően kiválasztani és alkalmazni. A módszerkompetenciák kategóriáját három kompetenciacsoport alkotja: a gondolkodás, a problémamegoldás és a munkamódszer, munkastílus kompetenciacsoport.

A *gondolkodás* kompetenciacsoportban a gyakran változó – újszerű, egyedi – feladatok elvégzéséhez szükséges kognitív kompetenciaelemek (elvont gondolkodás, összefüggések és ellentmondások felismerése, ötletesség, új ismeretek elsajátítása és alkalmazása stb.) sorolhatók.

A kompetenciacsoporthoz tartozó összetevői: absztrakt (elméleti) gondolkodás, áttekintőképesség, logikus gondolkodás, kritikus gondolkodás, rendszerezőképesség, kreativitás, ötletgazdagság, ismeretek helyükön való alkalmazása, új ötletek, megoldások kipróbálása, általános tanulási képesség, emlékezőképesség (ismeretmegőrzés), felfogóképesség, numerikus gondolkodás/matematikai készség, információgyűjtés és következtetési képesség.

A *problémamegoldás* kompetenciacsoporthoz tartozó összetevőkből áll, mely a lényeges problémák azonosítását, okainak feltárását, sikeres és tervszerű megoldását, a kivitelezés ellenőrzését segítik elő. A kompetenciacsoporthoz tartozó összetevői: hibakeresés (diagnosztizálás), problémaelemzés és -feltárás, problémamegoldás, hibaelhárítás tervezés, értékelés, kontroll (ellenőrzés), lényegfelismerés (lényeglátás), okok feltárása és helyzetfelismerés.

A *munkamódszer, munkastílus* kompetenciacsoporthoz tartozó összetevőkből áll, mely jellemzően kötődő, célorientált, praktikus, normakövető és környezettudatos munkavállalói magatartást előmozdító rendszertani, illetve metodikai elemeket öleli fel: rendszerben való gondolkodás (rendszer szemlélet), módszeres munkavégzés, gyakorlatias feladatértelmezés, intenzív munkavégzés, körütekintés, elővigyázatosság, figyelemösszpontosítás, figyelemmegosztás, nyitott hozzáállás, eredményorientáltság és a környezet tisztán tartása.

Társas kompetenciák (Heincz, 2006) a munkatársakkal, a betegekkel/kliensekkel való közvetlen kapcsolatot, a velük összefüggő cselekvéseket, különösen az együttműködés, kommunikáció és a konfliktuskezelés milyenségét leíró jellemzők. Olyan személyes tulajdonságok, készségek és képességek, amelyek jellemzően társas helyzetben nyilvánulnak meg. A szakemberek a szociális kompetenciák segítségével kreatívan tudnak másokkal – egyénileg vagy csoportokban – szituáció-, folyamat- vagy megoldásorientáltan és fejlődést elősegítően kooperálni. Fontosabb társas kompetenciák: kapcsolatteremtő és -fenntartó készség, csoportmunkára való alkalmasság, udvariasság, kezdeményező-készség, határozottság, empátia, tolerancia, motiválhatóság, segítőkészség, irányíthatóság.

A társas kompetenciakategória elemei három kompetenciacsoporthoz tartoznak: együttműködés, kommunikáció és konfliktuskezelés. Az *együttműködés* kompetenciacsoporthoz tartozó összetevők azok a kompetenciakomponensek alkotják, melyek a munkafeladat ellátásához kötődő rövid és/vagy hosszabb távú együttműködési helyzetek kezeléséhez szükségesek. A kompetenciacsoporthoz tartozó összetevői: kapcsolatteremtő és -fenntartó készség, interperszonális rugalmasság, udvariasság, kezdeményező-készség, határozottság, meggyőző-készség, konszenzuskészség, empátikus készség, segítőkészség, motiválhatóság, motiválókészség, visszacsatolási készség, irányíthatóság és irányítási készség, valamint tolerancia.

A *kommunikáció* kompetenciacsoporthoz tartozó összetevők olyan – a kommunikáció tartalmától és a konkrét kommunikációs csatornától függetlenül érvényesülő – kompetenciaelemek tartoznak, melyek nélkülözhetetlenek a partnerek kezeléséhez, vagy a szakmai munka kondícióinak pontosításához. A kompetenciacsoporthoz tartozó összetevői: fogalmazókészség, nyelvhelyesség, a tömör fogalmazás készsége, kommunikációs rugalmasság, közérthetőség, prezentációs készség, a hatékony kérdés-készsége, meghallgatási készség és adekvát metakommunikációs készség.

A *konfliktuskezelés* kompetenciacsoporthoz tartozó kompetenciaelemek alkalmassá teszik az egyént – a személyek, illetve csoportok között kialakuló – az eltérő vagy ellentétes érdekekből eredő konfliktusok sikeres kezelésére. Ebben az összefüggésben nem jelent konfliktust az egyező célt megvalósítani akaró eltérő nézetek, elképzelések, alternatívák kifejeződése, ütközése. A kompetenciacsoporthoz tartozó összetevői: kompromisszum-készség, konfliktuskerülő készség, rivalizáló készség, konfliktusmegoldó készség és engedékenység.

Heincz (2006) a **személyes kompetenciák** körébe azokat a személyes tulajdonságokat sorolja, melyek megléte elősegíti, lehetővé teszi a munkatevékenység hatékony és eredményes elvégzését. Ezek segítségével a segítők tudják viselkedésüket és motivációikat önkritikusan vizsgálni, személyes és szakmai tekintetben továbbfejlődni ezeken a területeken, hogy az emberekkel való találkozásaik során autentikusak legyenek és felelős döntéseket hozzanak.

Azok az adottságok és személyiségjellemzők, amelyek meghatározzák és befolyásolják az egyén teljesítményét, hatékonyságát a munkavégzés során. Fontosabb személyes kompetenciák: felelősségtudat, kitartás, precizitás, pontosság, önállóság, önfegyelem, stressztűrő képesség, terhelhetőség, szorgalom, önfejlődés, elkötelezettség.

A személyes kompetenciák kategóriája két csoportból áll: az adottságokból és a jellemvonások kompetenciacsoportjából. Az *adottságok* kompetenciacsoportban a szakmához tartozó feladatok ellátásához szükséges fizikai (pl. erős fizikum), fiziológiai (pl. látás, hallás, térlátás) és pszichológiai (pl. érzelmi stabilitás, tűrőképesség) képességek találhatók. A *jellemvonások* kompetenciacsoport olyan személyiségbeli sajátosságokból áll, mely ösztönzi, szervezi és regulálja az értékes és eredményes munkavégzést. A kompetenciacsoport összetevői: elhivatottság, elkötelezettség, fejlődőképesség, önfejlesztés, felelősségtudat, kitartás, kockázatvállalás, megbízhatóság, monotoniatűrés, önállóság, döntésképesség, önfegyelem, pontosság, precizitás, rugalmasság, stressztűrőképesség, szervezőkészség, szorgalom, igyekezet, és terhelhetőség, valamint türelmesség.

1.3.3. A 0–7 éves korosztály optimális fejlődésének komplex támogatásához szükséges védőnői kompetenciák

A védőnői feladatai – többek között:

- a 0–7 éves korosztály optimális fejlődésének komplex támogatása, ami a rizikó- és védőfaktorok felmérése mellett magában foglalja a gyermekek fejlődésének nyomon követését, az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrését és jelzését;
- a 0–7 éves korosztályú gyermeket gondozó és nevelő családok segítése.

A fenti feladatok ellátásához szükséges kompetenciák alapját az adekvát munkamotiváció és a segítőtudat, valamint a megszilárdult, konstruktív értékrend adja.

FELADAT

Gyűjtsék össze a fenti feladatok hatékony ellátásához szükséges védőnői kompetenciákat, vagyis ismereteket, készségeket, magatartási és viselkedési jegyeket az alábbi feladatmegosztásnak megfelelően!

1. csoport: Szakmai kompetenciák
2. csoport: Módszerkompetenciák
3. csoport: Társas kompetenciák
4. csoport: Személyes kompetenciák

Az egyes csoportok – képviselőik segítségével – mutassák be az összegyűjtött kompetenciákat, majd vegyenek részt a feladat megoldásának megbeszélésében!

Felhasznált irodalom

- Henczi L.: Modularitás és kompetencia az új OKJ-ban. Humán Saldó, 2006/6. sz. pp. 265–268.
http://www.milegyek.hu/letoltheto/modularis_okj.pdf (letöltés időpontja: 2014. 04. 24.)
- Kompetencia alapú oktatás – Készült a TÁMOP 4.1.2/B projekt keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Pedagógiai Intézet közreműködésével, 2010.
http://pszk.nyme.hu/tamop412b/kompetencia_alapu_pedagogia/index.html (letöltés időpontja: 2014. 04. 24.)
- Nagy, J. (2002): XXI. század és nevelés. Osiris Kiadó, Budapest
- Petrovics, S. (2006): Résztanulmány a kompetencia alapú képzés szakképzés keretében történő alkalmazhatóságáról. HEFOP 1.2. Szolgáltatásfejlesztés, Stratégiai tervezés, Kutatás – 1.2.2. projekt: A kompetencia alapú foglalkozási kódrendszer kidolgozása a bejelentett munkerőigénynél és az állást kereső személyeknél. Budapest

Ajánlott irodalom

- Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Őrzők*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

1.4. ALTÉMA: KOMPETENS SZÜLŐ, SZÜLŐI KOMPETENCIÁK A KORAGYERMEKKORI GONDOZÁSSAL ÉS NEVELÉSSSEL KAPCSOLATOSAN

Feldolgozandó témák

- Szülői kompetencia fogalma
- Az „elég jó” szülő fogalma és jellemzői
- Szülői kompetencia szintjének felismerése

1.4.1. Szülői kompetencia fogalma

A szülők a gyerek első gondozói és tanítói, ezért a szülők aktív részvétele, a szülői kompetenciák megléte, illetve megerősítése a megfelelő koragyermekkori fejlődés fontos feltételei. Ez a képesség nem az emberrel vele született, készen kapott valami, hanem az élet, a tevékenység során alakul ki, fejlődik.

A védőnői munka egyik alapfeladata a szülők megerősítése, képesség tétele abban, hogy hozzáértővé váljanak szülői feladataik ellátására.

A szülői kompetencia azt a tudást, ebből eredően azokat az ismereteket és képességeket (készségeket és jártasságokat) jelenti, amellyel biztosítani lehet a gyermek egészséges fejlődését. Conley (2003) a tudás összetevői közül a képességet emeli ki. Szerinte a szülői kompetencia az a képesség, amely alapján a szülő „elég jó” (Conley, 2003. 16. o.). Az „*elég jó szülő*” egy létező pszichológiai kifejezés. (A tárgykapcsolat-elmélet képviselője, Donald Winnicott angol pszichoanalitikus a 20. század közepén alkotta meg az „elég jó anya” fogalmát, amit Bruno Bettelheim, a neves pszichológus vezetett be a köztudatba Az elég jó szülő című

könyvével.) Bruno Bettelheim szerint „...ha valaki fel akarja nevelni gyermekét, nem kell feltétlenül tökéletes szülőnek lennie, mint ahogy a gyermektől sem kell elvárni, hogy tökéletes ember váljék belőle. A tökéletesség halandó ember számára nem elérhető [...] Az viszont igenis lehetséges, hogy elég jó szülők legyünk – vagyis olyan szülők, akik jól nevelik a gyermeküket.” (Bettelheim, 1994. 9. o.)

1.4.2. Az „elég jó szülő” fogalma és jellemzői

Az „elég jó szülő” fogalma meglehetősen szubjektív és tág fogalom, ami azt jelenti, hogy csak az elég jó szülő a jó szülő, a nagyon jó vagy nem elég jó nem az. Eszerint nem kell tökéletesnek lennie a szülőnek ahhoz, hogy a gyermeke egészségesen fejlődjön. Az elég jó azt jelenti, sok szempontból megfelelő, sok szempontból kielégítő a gyerek számára. Milyen tehát az „elég jó szülő”?

FELADAT

*Egyénileg készítsenek listát a kompetens, illetve az elég jó szülő jellemzőiről!
Mutassák be megoldásaikat a csoportnak, majd vegyenek részt a feladat megoldásának megbeszélésében!*

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

1.4.3. Az eltérő szülői kompetenciák felismerése

FELADAT

Alakítsanak párokat, majd a párok az alábbi esetek megbeszélése után húzzák alá, hogy az eseteleírásokban hol jelenik meg az alacsony (pirossal) szülői kompetencia vagy a megfelelő (késsel) szülői kompetencia!

1. sz. eseteleírás

„Léna azt kérdezte a védőnőtől: Nagyon szeretne négyéves kislfia egyedül fogat mosni, de ő úgy gondolja, még korai, hiszen nem olyan ügyes a gyerek, hogy minden lepedéket el tudjon távolítani, az időre még csak tudna figyelni, ám az egyenletességre aligha.”

2. sz. esetleírás

„Alexa azzal fordult a védőnőhöz, hogy környezete számára nehezen érthető a hároméves Zsombor beszéde. A védőnő elmagyarázta, hogy a beszédszerveknek még sokat kell ügyesedniük, mire a legbonyolultabb mozgáskoordinációt igénylő hangokat is képesek lesznek kiejteni. Ezt a folyamatot a szülők sok rágással, szívószálhasználattal, ropi vagy makaróni kéz nélkül történő evésével és még sok különféle egyszerű játékkal nagyban segíthetik. Ajánlotta, szerezzék be a Játsszunk Beszédet című kiadványt (Fehérné és Sós, 2010), mely több mint nyolcvan ilyen játék egyszerű leírását tartalmazza kártya formában. Az ott megjelölt nehézségi sorrendnek megfelelően kezdjék a legkönnyebbekkel, és fokozatosan haladjanak a nehezebbek felé. Jó játék lehet akár az egész családnak. Alexa nemcsak Zsomborral, de a nagyobb testvérekkel együtt játszott.”

3. sz. esetleírás

„A majd ötéves Zsófi súlyos betegségen esett át kisbabakorában, ezért édesanyja mindentől óvta, nehezen engedte távol magától még a házuk előtti, bekerített játszótéren is folyton fogta a kezét vagy a ruhája szélét. Zsófi egyre hevesebben tiltakozott »a szoros emberfogás« ellen és igyekezett távolodni az anyától, szeretett volna a többiekkel ismerkedni. »Jó menj, ha akarsz!« – mondta az anya. Azonban hanglejtése inkább azt sugallta: nem akarom, hogy elmenj, megsértődöm, rosszullesik nekem, ha távolabb mész. Zsófi egy ideig téblábolt, azután hüppögve odaszaladt a mamához. A védőnő tanúja volt a jelenetnek.”

4. sz. esetleírás

„A hároméves Sára sok gyermekkori betegséggel küzdött, szüleinek az aggodás miatt kialakult, hogy őt a széltől is óvni kell. Minden pillanatban a biztonságra törekedtek. A védőnőnek korábban már sikerült megértetnie a szülőkkel, hogy a mozgásos-felfedezés terén adjanak nagyobb lehetőséget Sárának, azonban pl. étkezés közben még etették, töröltették a száját, nem fogott poharat önállóan a kezébe.”

5. sz. esetleírás

„Misi igen erős, aktívan mozgó gyermek volt. Szülei is nehezen szabályozták érzelmeiket, nagyon szerették két gyereket, de gyakoriak voltak az indulatkitörések is otthon. Misi megszokta, hogy nem tudja mindig bejósolni, milyen viselkedésre számíthat szüleitől, meg azt is, hogyha erősen, sírással, toporzékolással jelez, akkor szinte minden kívánsága azonnal teljesül, mivel főként édesanyja nehezen viseli sírását. Az óvodába való beszoktatás rettenetesen nehéznek bizonyult, Misi minden reggel jelenetet rendezett, nem csak sírva üvöltött, rúgott, csipett, harapott, társaira és önmagára is veszélyes volt.”

6. sz. esetleírás

„Orsi négygyermekes édesanyja volt, napi sétájuk során egy közeli parkba tudtak eljutni, ahol a gyerekek szaladgálhattak. Orsi egy megfelelő nagyságú füves terepet talált a parkban, a kiinduló állomás egy kerítés volt, és egy bokorsor lett a célállomás. Ezek között futkároztak és ugrándoztak a gyerekek a »Vigyázz, kész, rajt!« vezényszóra indulva. Az édesanya kezdetben bemutatta az egyes mozgásformákat, később a különféle ugrásokat és lépésmódokat állatok mozgásához hasonlították, és már csak az állat nevét kellett mondani: »Medve, farkas, pók, rák, stb!«, és a gyerekek már indultak is. Orsi, és a gyermekei is igen kreatívak voltak, így a kezdeti mozgásformákat is tovább fejlesztették. Vastag hosszú ágakat gyűjtöttek a parkban, és ezeket 2 méter távolságban a földbe szúrták úgy, hogy a botok vége magasabban volt a gyermeket feje tetejénél (balesetek elkerülése végett). Ezek között cikkcakk járást, szlalomfutást, »tekeredik a kígyó!« gyakoroltak. Földre fektetett vékonyabb ágak között átlépést, közöttük átugrást gyakoroltak. Egy lebetonozott területen krétával a földre rajzolva ugróiskolát készítettek.”

7. sz. esetleírás

„A hároméves Ágoston szeretettel teli, érzelemgazdag családba született. A szülők mindene a három gyermek, akiket annyira szeretnek, hogy képtelenek bármire is nemet mondani. Az egyetlen szabály-

rendszer, amit mindig igyekeznek megtartani a napirendben, a reggeli felkelés és az esti lefekvés valamilyen a fő étkezések ideje. Az édesanya arra panaszkodott, hogy rettenetesen kimerült, mivel a két kicsi mellett, még akkor is, ha Ágoston délelőtti óvodában van folyton mozgásban van, örökké a sarkukban kell lenni, vigyázni kell rájuk, nehogy kárt tegyenek magukban. Délben Ágoston hazaérkezésével már teljes lesz a káosz, mivel már nem alszik délután, de egyre fáradtabb lesz, és egyre kevésbé tudja kontrollálni amit, tesz, így a kicsik sem akarnak elaludni, és sok sírással és konfliktussal teli lesz a délután. Alig várja az apa hazaérkezését, de sokszor az sem megoldás.”

Mutassák be megoldásaikat, vegyenek részt a feladat megoldásának megbeszélésében!

Felhasznált irodalom

Bettelheim, B. (1994.): Az elég jó szülő – Könyv a gyermeknevelésről. Gondolat Kiadó, Budapest, p. 9.
Conley, C. (2003.): A review of Parenting Capacity Assessment Reports. OACAS Journal. 47(3), pp. 16–22.

Ajánlott irodalom

Bariné K. Zs.: Pozitív nevelés szülőknek. – <http://www.pozitiv-fegyelmezes.hu/anyag/munkafuzet1> (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
Chapman, G., Campbell, R. (2010.): Gyerekekre hangolva. Harmat Kiadó, Budapest
Faber, A. E., Mazlish, E. (2006.): Beszélj úgy, hogy érdekelje, hallgasd úgy, hogy elmesélje. Reneszánsz Könyvkiadó, Budapest
Forward, S. (2000.): Méregető szülők. Háttér Kiadó, Budapest
Illyés A. (2011.): Hogyan legyünk jó szülők? – <http://www.origo.hu/tudomany/20101228-szulyogyerek-kapcsolat-a-stresszkezes-es-a-harmonikus-parkapcsolat-fontosabb-mint.html> (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
Gyermeknevelés napjaink Európájában: pozitív szemléletmód. Európa Tanács – http://www.coe.int/t/dg3/familypolicy/enfance/Positive%20Parenting%20Hungarian_Shortened%20version.pdf (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
Ranschburg, J. (1998.): Szeretet, erkölcs, autonómia. Okker Kiadó, Budapest
Rogge, J-U. (2003.): Kell a gyerekeknek a korlát. Park Könyvkiadó, Budapest
Vekerdy, T. (2007.): A szülő kérdez, a pszichológus válaszol. Sanoma Könyvkiadó, Budapest
Vekerdy, T. (2008.): Kicsikről nagyoknak. Park Könyvkiadó, Budapest

1.5. ALTÉMA: SZÜLŐI KOMPETENCIA ERŐSÍTÉSE, FEJLESZTÉSE

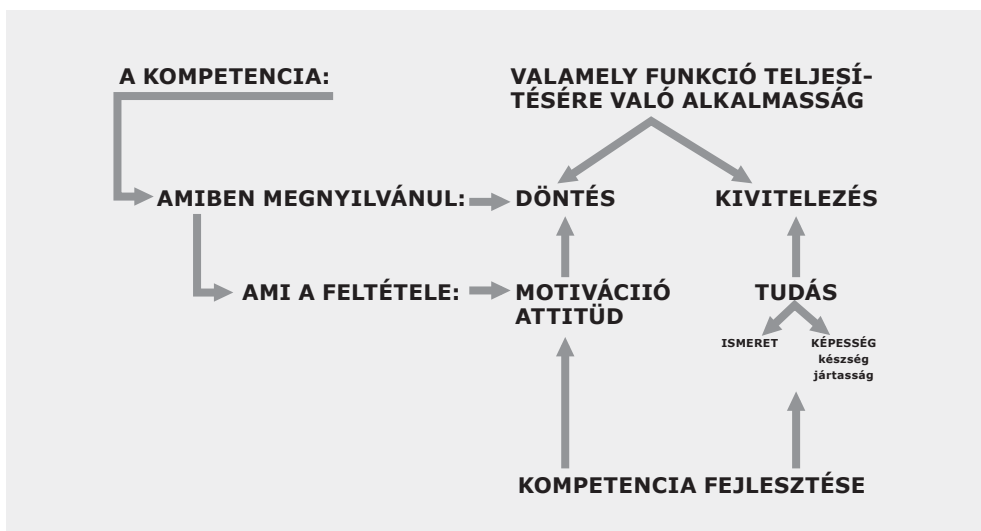
Feldolgozandó témák

- Szülői kompetencia fejlesztési irányai
- Szülői kompetenciaérzés fogalma
- Szülői kompetenciaérzés szerepének folyamatai
- Védőnői teendők a szülői kompetencia erősítésében
- A szülői kompetencia erősítésének várható eredményei

1.5.1. Szülői kompetencia fejlesztési irányai – Szülői kompetenciaérzés fogalma – Szülői kompetenciaérzés szerepének folyamatai – Védőnői teendők a szülői kompetencia erősítésében – A szülői kompetencia erősítésének várható eredményei

A szülővé válás hosszú folyamat, amely a gyermekkorban elkezdődik. A szülői kompetenciák fejlesztésénél, abból a tényből indulunk ki, hogy a védőnők feladata a szülőket segíteni és képessé tenni szülői szerepükre, szülői feladataik ellátására. A szülők segítségének és képessé tételének célja, hogy használják saját erősségeiket és szakértelmüket, hogy felelősek legyenek jogaik érvényesítése érdekében.

A kompetencia fejlesztése a döntések meghozatalának feltételeire, a motivációra és az attitűdökre, illetve a döntések kivitelezésének feltételére, a tudásra irányulnak.



2.sz. ábra

A kompetencia fejlesztése

Forrás: Kompetencia alapú oktatás – Készült a TÁMOP 4.1.2/B projekt keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Pedagógiai Intézet közreműködésével, 2010

A SZÜLŐI KOMPETENCIAÉRZÉS (VAGY ÉSZLELT SZÜLŐI KOMPETENCIA)

A szülői szerep megélésével, az önértékeléssel, az énhatékonyság érzéssel (magabiztossága a szülőszerepben, abban való hite, mennyire jól látja el szülői feladatait) kapcsolatos fogalom. A szülőiség kognitív aspektusai közül egy olyan komponens, mely potenciális szerepet játszhat mind a szülő pszichológiai jóllétének, mind a család működésének és a gyermek fejlődésének alakulásában.

A szülői kompetenciaérzés a szülő hite abban, hogy ő maga mennyire hatékony, sikeres szülő, valamint mennyire elégedett szülői szerepével. Más szavakkal: a magas szülői kompetenciaérzéssel rendelkező szülő kompetensnek és magabiztosnak érzi magát gyermeknevelési feladatokban, úgy érzi, megvan a képessége arra, hogy a gyermekkel kapcsolatos problémákkal megküzdjön.

Jones és Prinz (2005 idézi Bass és mtsai, 2013) a szülői kompetenciaérzés (az észlelt szülői kompetencia – a hatékonyság érzése) szerepének négy különböző folyamat írájk le.

Az észlelt szülői kompetencia, mint előzmény értelmében az észlelt kompetencia adott szintje vezet bizonyos minőségű szülőséghez, vagyis például a magasabb kompetenciaérzéssel rendelkező szülők magabiztosabban néznek szembe a szülői feladataikkal, így hatékonyabban sajátíthatják el és gyakorolhatják szülői képességeiket.

Az észlelt szülői kompetencia következményként is szerepet játszhat a szülőségben, így például a szociökonómiai státus, vagy a gyermek karakterisztikumai, esetleges problémás viselkedése feltehetően befolyással vannak a szülői önértékelés alakulására.

Az észlelt szülői kompetencia, mint mediátor változó is működhet, eszerint a környezeti feltételek és a szülői kompetencia között játszhat szerepet a kompetenciaérzés, például úgy, hogy a kedvezőtlen környezeti hatások alááshatják a szülő önmagába mint szülőbe vetett hitét, és ezen keresztül (is) vezethetnek kevésbé hatékony szülőséghez.

Az észlelt szülői kompetenciára tranzakcionális változóként is tekinthetünk, például a magasabb szülői önértékeléssel rendelkező szülők sikeresebben láthatják el szülői feladataikat, ami kedvezőbb gyermeki válaszokat eredményezhet, így ez ismét pozitívan visszahat a szülői önértékelés alakulására. Ugyanígy negatív visszacsatolásnak is elképzelhetőek.

Ugyanakkor a szülői kompetenciaérzés mellett a fejlődésről való tudás megfelelő szintje szintén olyan komponense a szülőségnek, mely kihatással van a gyermek fejlődésére (pl. Hess-Teti és mtsai, 2004 idézi Ribiczey, 2010). A szülők ismeretei a gyermeki fejlődés folyamatáról befolyásolják azt, hogy a szülők hogyan értelmezik gyermekük viselkedését, ez a tudás továbbá a gyermekkel való interakció milyenségére és minőségére is hatással lehet, ezen keresztül pedig a gyermek fejlődését is befolyásolja. Annak az ismerete például, hogy a gyermekek bizonyos fejlődési mérföldköveket átlagosan milyen életkorban érnek el, befolyásolhatja az anya viselkedését, így hatással lehet a gyermek fejlődésére.

A legideálisabb, ha magas a fejlődésről való tudás és a kompetenciaérzés is, de legkedvezőtlenebb interakció azoknál az anyáknál figyelhető meg, akik keveset tudnak a gyermeki fejlődésről, de magas észlelt szülői kompetenciával rendelkeznek.

A szülői attitűdök hasonló úton fejthetik ki hatásukat. Benasich és Brooks-Gunn (1996 idézi Ribiczey, 2010) megállapítása szerint az anyai koncepciók a gyermek fejlődéséről és a gyermeknevelésről meghatározzák, hogy az anya hogyan strukturálja gyermeke környezetét, és ezáltal fejtenek ki hatást a fejlődési kimenetelre.

Más vizsgálatok szerint (Landry és mtsai, 2001 idézi Ribiczey, 2010) az anyák elképzelései gyermekük fejlődési szükségleteiről befolyásolhatják az anyai válaszreakciót is. Az anya tudása a gyermek fejlődéséről és a pozitív szülői attitűd a gyermek felé összefüggésben áll a kedvezőbb anyai figyelemirányító stratégiákkal, melyek a gyermek tanulási folyamataira serkentően hatnak. Ez az összefüggés a magas biológiai rizikójú, koraszülött, és súlyosabb komplikációkkal világra jött csecsemők esetében különösen szorosnak mutatkozik. Landry és munkatársai (1996 idézi Ribiczey, 2010) kutatásában optimálisabban irányították a gyer-

mek figyelmét azok az anyák, akik arról számoltak be, hogy örömben részesíti őket gyermekük, valamint akik úgy vélték, gyermekük saját érdeklődéssel rendelkező egyéniség.

Az alacsony szülői kompetenciaérzés azért is jelenthet rizikót a gyermeki fejlődésre nézve, mert inkonzisztensebb szülői fegyelmezést vonhat maga után (a szülő bizonytalan magában, ezért nem következetes) valamint a megnövekedett szorongást és bizonytalanságot (jól csinálom-e) a gyermek megérzi a szülőn. Meg kell említeni azt is, hogy a gyermekbántalmazás alacsonyabb szülői önértékeléssel jár együtt.

A nukleáris családok jellege (kevésbé elérhető pl. a nagyszülő) vagy éppen a rengeteg egymásnak ellentmondó információ (internet, nagyszülői tanácsok, szakkönyvek sokasága) megzavarhatja, elbizonytalaníthatja a szülőt saját kompetenciáját illetően. Ez közvetetten a gyermeki fejlődésre is hatással lehet. A szülővé válás kezdetén (újszülött megérkezése a családba) fontos lehet figyelmet fordítani a szülői kompetenciaérzés alakulására. A szülői kompetenciaérzés azonban minden nagyobb életeseemény vagy szakaszváltás esetén újra meginoghat, például akkor, amikor a gyermek bölcsődébe kerül, és a szülő szembesül a társas összehasonlítással vagy a professzionális nevelők ítéleteivel.

VÉDŐNŐI TEENDŐK A SZÜLŐI KOMPETENCIA ERŐSÍTÉSÉBEN

- megértetni a szülővel, hogy elsődleges a gyermekre irányuló figyelem, középpontban a gyermek testi, lelki, mentális fejlődésének segítése, feltételeinek megteremtése, vagyis egyértelművé kell tenni, hogy a szülői szeretet és a szülői kompetenciák két eltérő fogalom, az egyik a gyermekhez való érzelmi viszonyulást fejezi ki, míg a második azt a tudást, amellyel biztosítani lehet a gyermek egészséges fejlődését;
- megértetni az anya/szülői szerep mibenlétét, és elfogadtatni az ebben való segítségnyújtást

(A szülők könnyen tudásukra vonatkozó kritikaként, vagy a meg nem értés jeleként értelmezik a védőnő észrevételeit. Az anyai/szülői feladatok megtanulásának a folyamata nem rögzült a köztudatban [„én vagyok az anyja, úgyis tudom, hogyan kell ellátni”], emiatt sokszor igen nehéz kommunikálni, megőrizni a szakmai etika határait, és csökkenteni az anya/szülő és a védőnő közötti feszültséget);

- mintaadás (pl. a közös játéktevékenység kapcsán);
- figyelmet mutatni az anya felé;
- kibeszéltetni az édesanyát, megérteni a motivációit és együttérzést tanúsítani;
- a múlt és a jelen, a jó és rossz gyakorlat közötti különbség hangsúlyozása, megértetni és elfogadtatni az oksági összefüggéseket;

(A jelenbeli nehéz helyzet múltbeli választások, döntések, stratégiák következménye, ezért segítsük, támogassuk gondolkodásmódjuk és viselkedésük változtatását. Segítsük feltárni a hibás pontokat és ajánljunk új megoldásokat. Ha ezt sikerül elfogadtatni az anyával/szülővel, és képes lesz megfogalmazni a különbséget a múltbeli és a jelenbeli történések között, megérti és elfogadja az oksági összefüggéseket, akkor valóban előrelépés történik az együttműködésben);

- a szülő megerősítése, hogy gyermeke elsősorban gyermek (pl. felkészíteni az elhúzódozó fejlődési folyamatra);

- megfigyelési szempontok nyújtása, kérdésfelvetés, beszélgetés a türelem, kitartás érdekében;
- a problémákkal küzdő szülők elméleti és gyakorlati ismereteinek bővítése (pl. a gyermeki fejlődésről, gondozásról, nevelési eszközökről és módszerekről);
- szülői attitűd fejlesztése;
- szülő kezdeményezéseinek támogatása;
- szülői tudatosság növelése (tudja, hogy mit tegyen; tudja, hogy hogyan tegye; tudja, hogy miért tegye – motiváció);
- reagálni kérdéseire, szorongásaira;
- a szülők önismeretének, kommunikációs és konfliktusmegoldó képességének fejlesztése;
- a konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek megismertetése;
- a szülők egymással való kapcsolatának erősítése.

A SZÜLŐI KOMPETENCIA ERŐSÍTÉSÉNEK VÁRHATÓ EREDMÉNYEI

- szülők érzékenyebben és tudatosabban fogják nevelni gyermekeiket;
- kevésbé lesznek bizonytalanok a gyermek fejlődésével kapcsolatban;
- várható a szülő önbizalmának növekedése;
- család attitűdjének megváltozása a gyermek iránt – jobban elfogadják őt;
- nagyobb odafigyelés várható a problémák korai felismerésében és kezelésében;
- a család elszigetelődése is enyhül;
- könnyebb a társadalmi beilleszkedés mind a gyermek, mind a család részéről.

1.5.2. Szülői kompetencia erősítése

FELADAT

Páros munkában állapítsák meg a példában szereplő problémát, majd azonosítsák a szülői kompetenciát növelő védőnői beavatkozásokat! Megoldásaikat a kipontozott részre írják!

ESETPÉLDA

„Nem veszem fel, mert csak azért sír, hogy engem idegesítsen!” (.....)
 „Tudom, hogy nehéz, amikor egész nap sír a csecsemő.” (.....)
 Nem azért sír, hogy önt bosszantsa, ezért nem is kell hagynia nevelési célzattal az ágyában sírnia. Kell számára a biztonságtudat, a mama melege. Ha egy csecsemőt nem vesznek fel, amikor sír, azzal azt tanítják neki, hogy ő nem fontos, nem érdekes és egyáltalán nem érdemes szólnia, ha valami baja van. (.....) „Szomszédasszony szerint, ha minden esetben felveszem, amikor sír, elkényeztetem, ezt nem szeretném”. „Tudom, hogy csak jót szeretne gyermekének és szeretném, ha kipróbálná, ha gyermeke sír, felveszi.” (.....) Valójában a szükségletek kielé-

gítésével lehetetlen elkényeztetni egy kisgyereket. És szeretgetésre, odafigyelésre minden kisgyereknek meglehetősen sokáig szüksége van. Az elkényeztetés akkor kezdődik, amikor a szülő nem vár el olyan dolgokat sem a gyermektől, amikre az már képes lenne. (.....)

Felhasznált irodalom

- Bass László, Klujber Valéria, Ribiczey Nóra, Vásárhelyi Anikó (2013.): *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó) tényezők objektív értékelésére szolgáló módszerek kifejlesztése*. pp. 89–91.
- Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Őrzők*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kompetencia alapú oktatás – Készült a TÁMOP 4.1.2/B projekt keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Pedagógiai Intézet közreműködésével, 2010
http://pszk.nyme.hu/tamop412b/kompetencia_alapu_pedagogia/index.html
 (letöltés időpontja: 2014. 03. 24.)
- Ribiczey N.: Környezeti hatások és intellektuális fejlődés – Különböző megközelítések a környezet releváns aspektusainak megragadására. *Gyógypedagógiai Szemle*. 2010/1. – http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=31&jaid=457 (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
- Szombathelyi, Sz. (2013.): Szülői kompetenciák erősítése. In: Gyarmati A.: *Gyermek- és ifjúságvédelmi tanulmányok – Modernizációs kihívások és szolgáltatási válaszok a gyermekvállalás és -nevelés területén*. Rubeus Egyesület – Rubeus Association, 2013., pp. 135–142. o.
<http://hu.scribd.com/doc/122413873/6/SZOMBATHELYI-SZILVIA-SZUL%C5%90I-KOMPETENCIAKER%C5%90SITESE> (letöltés időpontja: 2014. 03. 26.)

Ajánlott irodalom

- Medhus, E. (2011): *A jó szülő kézikönyve*. Édesvíz Kiadó, Budapest
- Módszertani kézikönyv I. kötet – Gyerekek. – Gyerekek – Szülők – Közösségek. Módszertani ajánlás a gyerekekkel, a szülőkkel és a közösségekkel végzett munkához a Biztos Kezdet program munkatársai számára
<http://www.biztoskezdet.eu/uploads/attachments/gyermekkotet.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 24.)
- Módszertani kézikönyv II. kötet – Szülők. Gyerekek – Szülők – Közösségek. Módszertani ajánlás a gyerekekkel, a szülőkkel és a közösségekkel végzett munkához a Biztos Kezdet program munkatársai számára
<http://www.biztoskezdet.eu/uploads/attachments/szulokkotet.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
- Stern, D. (2006.): *Anyá születik*. Animula Kiadó, Budapest

1.6. ALTÉMA: A PREVENCIÓRÓL ÁLTALÁBAN – SZINTJEI, CÉLJAI, MÓDSZEREI, ESZKÖZEI

„A prevencióról általában – szintjei, céljai, módszerei, eszközei” Altéma feldolgozása csoportos feladat keretében történik meg. A feladat elvégzése során átismételjük a korábban tanultakat a prevenció témakörében, áttekintjük a prevenció szintek korszerű „felosztását”.

Feldolgozandó témák

- A prevenció fogalma
- A prevenció szintjei, célja
- A prevenció eszközei

CSOPORTOS FELADAT

Minden csoport húzzon egy borítékot, amelyben a prevenció szintjei, illetve az azokhoz tartozó eszközök, beavatkozási lehetőségek találhatók meg.

A csoportok feladata az, hogy:

határozzák meg a prevenció jelentését, a prevenció, illetve azok szintjeinek fogalmát, céljait és sorolják fel az azokhoz tartozó eszközöket, beavatkozási lehetőségeket; helyezték el a csomagolópapíron a prevenció színtereihez tartozó eszközöket, illetve beavatkozási lehetőségeket!

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

Felhasznált irodalom

- Pikó, B.: Magatartástudomány és prevenció: A preventív magatartásorvoslás jelentősége
http://epa.oszk.hu/00700/00775/00060/2003_11_05.html (letöltés időpontja: 2014. 03. 25.)
- Benkő, Zs.: Egészségfejlesztés – módszertani kézikönyv, Mozaik Kiadó, Szeged, 2009
- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja A Háziiorvosi Hatásköri Listáról
<http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2011/7.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 30.)
- Dési, I.: Népegészségtan, Semmelweis Kiadó, Budapest, 1995.
- Kertai, P.: Megelőző orvostan, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999.

1.7. ALTÉMA: A SZŰRŐVIZSGÁLATOKRÓL – A SZŰRŐVIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE, JOGI SZABÁLYOZÁS

Feldolgozandó témák

- A szűrővizsgálat fogalma, célja
- a 0–7 éves gyermekek szűrővizsgálatainak jogi és szakmai szabályozása
- új védőnői módszerek a 0–7 éves gyermekek fejlődésének nyomon követésére

FELADAT

- *Határozzuk meg azt, hogy mit jelent a szűrővizsgálat?*
- *Mi a célja a szűrővizsgálatoknak?*
- *Mi szabályozza a szűrővizsgálatok végzését? Elevenítsük fel az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben előírt szűrővizsgálatok rendjét a 0–7 éves életkorú gyermekekre vonatkozóan (mely életkorban milyen szűrővizsgálatokat kell elvégezni)!*

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. (2014) 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

2. TÉMA

VÉDŐ- ÉS RIZIKÓFAKTOROK FELMÉRÉSE ÉS FELISMERÉSE (3–4. ÓRA)

A Védő- és rizikófaktorok felmérése és felismerése téma feldolgozása a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0–7 év) kiemelt projekt keretében Bass László, Klujber Valéria, Ribiczey Nóra, Vásárhelyi Anikó által készített „A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó) tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése” című tanulmány alapján történik.

2.1. ALTÉMA: A VÉDŐ- ÉS RIZIKÓFAKTOROK FOGALMI MEGHATÁROZÁSA ÉS JELENTŐSÉGE A VÉDŐNŐI MUNKÁBAN

Feldolgozandó téma

- Fogalmi keretek meghatározása

A tartalom részletes kifejtése

A gyermek fejlődésének és az azt befolyásoló tényezőknek a folyamatos nyomon követése, monitorozása hozzájárul a fejlődés optimális alakulásának előrejelzéséhez, a fejlődés elakadásainak, zavarainak időben történő észleléséhez, mellyel lehetőségünk nyílik a későbbi zavarok megelőzésére, kiszűrésére, alakítására. A fejlődési deficitek és a fejlődést befolyásoló rizikófaktorok megítélése csak a fejlődés folyamatjellegének figyelembevételével történhet. Ennek megfelelően szükséges volt egy olyan mérőeszköz összeállítása, mely ezt a folyamatjellegét figyelembe véve állapítja meg az egyes életkorokban a fejlődést akadályozó rizikófaktorok jelenlétét a gyermek életében.

Mivel a rizikósűrés elvégzése a területen dolgozó védőnők feladata, fontos, hogy megismerjék a kérdőív legfőbb tartalmi elemeit. Ennek mindennapi gyakorlatba beépített használata segíti a védőnőket abban, hogy felmérjék azt, hogy a területükhöz tartozó várandós, csecsemő és kisgyermek életében jelen vannak-e olyan tényezők, melyek a magzat sikeres kihordását, vagy a csecsemő és kisgyermek fejlődését veszélyeztetik. A rizikó-kérdőív kitöltését követően feltárt rizikófaktor(ok) azonosítása a védőnőt segíti abban, hogy képes legyen adekvát segítséget nyújtani gondozottainak.

A **rizikó** statisztikai fogalom, olyan tényezőkre utal, melyek megnövelik egy negatív kimenetel előfordulási valószínűségét. Azoknál a gyerekeknél, akiknek életében egy vagy több rizikófaktor jelen van, az átlagosnál nagyobb valószínűséggel alakul ki a későbbi életkorban valamilyen fejlődési probléma. A gyermeki fejlődés optimális alakulásának előrejelzése, a fejlődés elakadásainak, zavarainak előrejelzése azzal a logikával építkezik, hogy ha a fej-

lődés alakulását, valamint az ezt befolyásoló tényezőket folyamatosan nyomon követjük, akkor lesz lehetőségünk a későbbi zavarok megelőzésére, kiszűrésére, alakítására.

Egy vagy akár több rizikó jelenléte sem jelenti azonban feltétlen azt, hogy egy gyermeknél biztosan ki fog alakulni valamilyen negatív kimenetel. A fejlődési kimenetelt számos egyéb tényező befolyásolja a gyermek életében. A rizikótényezők ritkán állnak önmagukban, leggyakrabban több rizikótényező együttesen jelenik meg egy gyermek vagy család életében, és így hatásuk is összegződik. *Például a koraszülöttség magasabb százalékban fordul elő szegényebb, alacsonyabb iskolázottságú, rossz szociális körülmények között élő családoknál.* A Sameroff (2005) nevéhez fűződő **kumulatív rizikó modell** szerint a fejlődési kimenetel prediktálása éppen ezért pontosabb, ha a rizikótényezőket nem önmagukban, hanem együttes kombinációjukban vizsgáljuk. Ebben a megközelítésben nem annyira az egyes rizikófaktorok megléte, hanem sokkal inkább a rizikótényezők száma a lényeges. Mind a fejlődés területei, mind az ezeket befolyásoló rizikófaktorok sokrétűek. Más – és egymással nem szükségszerűen összefüggő – tényezők hatnak pl. a gyermek beszédfejlődésére vagy figyelmének alakulására. Ezért – nem teoretikusan, hanem a létező gyakorlat mentén haladva – megpróbáljuk megállapítani a gyermeki fejlődés dimenzióit, és az ezekre esetlegesen hatással levő rizikó-tényezőket.

Ebben a modellben két tényezőcsoport: az okok (illetve a rizikó-faktorok) és a gyermek fejlődésének folyamatos figyelemmel kísérése szükséges.

Ha például azt detektáljuk, hogy az anya a várandósság alatt dohányzik (rizikófaktor), akkor ennek megváltoztatására kell lépéseket tennünk, hogy csökkentsük a kis súllyal születés (fejlettségi jellemző) esélyét. Másrészt, ha az alacsony születési súlyt regisztráljuk (rizikófaktor), akkor azokat a lépéseket kell elősegítenünk, amelyek a fejlesztés során csökkentik a kis súllyal születés negatív hatásait pl. a gyermek intellektuális fejlődésére (ebben az értelemben a patológiás fejlettségi szint maga is rizikófaktor a későbbi fejlődés alakulásának).

E modell kezelése során a későbbiekben figyelemmel kell lennünk a fejlődés idősíkjára, a beavatkozásokra magukra, a protektív tényezőkre, valamint a teoretikus modell gyakorlat szabta korlátaira is.

Felhasznált irodalom

Bass, L., dr. Klujber, V., Márkné Ribiczey, N., Vásárhelyi, A. (szerk.) (2014.): *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal

2.2. ALTÉMA: VÉDŐ- ÉS RIZIKÓFAKTOROK BEAZONOSÍTÁSA A VÁRANDÓSSÁG KEZDETÉTŐL EGÉSZEN A GYERMEK 7 ÉVES ÉLETKORÁIG, RIZIKÓSZŰRÉS A VÉDŐNŐI MUNKÁBAN

Feldolgozandó témák

- A gyermeki fejlődés területei
- A gyermeki fejlődés területeihez tartozó protektív- és rizikótényezők
- A gyermeki fejlődést befolyásoló tényezők
- Rizikószűrés a védőnői munkában

FELADAT

Röviden ismételjük át közösen, hogy melyek a gyermeki fejlődés főbb területei.

A gyermeki fejlődés területei

a) testi (szomatikus) fejlődés

- **növekedés**, testsúly, testalkat
- **mozgásállapot**
- **érzékszervi** állapot (látás, hallás)
- **egészségi** állapot (immunitás, betegségek, allergiák, pszichoszomatikus tünetek stb.)

b) pszichés fejlődés

- **kognitív képességek** („IQ”, problémamegoldás, pszichomotoros-mentális fejlődés)
- **beszéd**fejlődés, nyelvi képességek, kommunikáció
- **rész**képességek (észlelés, figyelem, emlékezet stb.)
- a gyermek **személyiség**fejlődése
- érzelemszabályozás, érzelmi zavarok (szorongás, depresszió)
- proszociális viselkedés, érzelmi intelligencia
- önértékelés
- **társas kapcsolatainak** vizsgálata
- szociális kompetencia
- szociális pozíció a csoportban
- társ kapcsolati problémák
- **viselkedészavarok** (agresszivitás, deviáns viselkedés, hiperaktivitás stb.)

c) szociális jóllét

Ki kell emelni azt, hogy a gyermek szociális jóllétét – mint a gyermeki fejlődés jellemzőjét – gyakorlatilag minden státuszvizsgálat figyelmen kívül hagyja. A „szegénység”, a „hát-

rányos helyzet”, a „kirekesztődés” stb. nem a gyermeki fejlődés patológiás szintjeként, hanem annak háttereként – rizikófaktoroként – értelmeződnek.

FELADAT

Három csoportban dolgozva írják össze, hogy milyen tényezők (védő- és rizikótényezők) lehetnek hatással a gyermek fejlődésére. Az adott korcsoportok a következők:

- I. csoport – a magzat fejlődését befolyásoló rizikó és protektív tényezők;
- II. csoport – a 0–12 hónapos csecsemő fejlődését befolyásoló rizikó- és protektív tényezők;
- III. csoport – a kisgyermek fejlődését befolyásoló rizikó- és protektív tényezők.

Az altémához kapcsolódó elmélet összefoglalása

PROTEKTÍV TÉNYEZŐK

Protektív tényezőknek azokat a védőtényezőket nevezik, melyek hozzájárulnak a kedvező fejlődési kimenetekhez rizikó jelenlétében, támogatják a gyermek optimális fejlődését. Ezek a tényezők moderátor (módosító) változókként működnek. A protektív mechanizmusok működésének három szintje: a *gyermeken belüli* tényezők, a *családi komponensek* és a *családon kívüli, társadalmi szintű faktorok*. Szűk értelemben azokat a faktorokat tekintjük protektív tényezőknek, melyek pozitív kapcsolatban vannak egy kedvező fejlődési kimenettel, de csak egy rizikós mintát vizsgálva, vagyis csak kifejezetten rizikós minta esetében rendelkeznek védőhatással, nemrizikós környezetben nincs kifejezett szerepük (pl. könnyű temperamentum). A **reziliencia** fogalma arra a folyamatra vonatkozik, mely során a kedvezőtlen, veszélyeztető környezet ellenére pozitív adaptáció, kedvező fejlődési kimenetel mutatkozik meg (Masten, Best és Garmezey, 1990, Masten, 2001, Rutter, 2000). A fogalom két alapvető kritériumhoz kapcsolódik: az egyik magának a rizikó fogalmának a meghatározása, hiszen csak a valóban meglévő rizikó esetén beszélhetünk rezilienciáról. Másrészt a fogalomhoz hozzátartozik a „kedvező kimenetel” definiálása, annak meghatározása, hogy mit tekintünk megfelelő alkalmazkodásnak, kedvező fejlődési kimenetelnek (pl. viselkedéses és érzelmi problémák hiánya, megfelelő iskolai előmenetel, jó szociális készségek).

A **tranzakcionális modell** (Sameroff, 2005) azt hangsúlyozza, hogy a fejlődés során a gyermek és a környezete folyamatos, dinamikus interakcióban áll egymással. Kétirányú kölcsönös összefüggés áll fenn az egyén és környezete között, vagyis a gyermek és aktuális állapota is befolyásolja azt, hogy milyen környezeti hatások fogják őt érni. A környezet nem tekinthető a gyerektől függetlenül reagáló közegként, a fejlődő egyén a saját környezetének aktív szervezője. Fontos komponens az is, hogy a gyermek mit vált ki a környezetéből, és mit képes „felvenni” környezetéből. E modell szerint a fejlődési kimenetel tehát az egyén és az őt ért tapasztalatok közötti kombinációk produktuma, félrevezető csupán az egyik „összszetevőre”, mondjuk a gyermek sajátosságaira koncentrálni. A gyermek fejlődése nem más,

mint a gyermek és a családi és szociális környezet nyújtotta tapasztalatok közötti dinamikus interakció következménye.

Nincsenek általában jól fejlett és fejletlen gyermekek – hanem a fejlettség szintje csak egy-egy területen értelmezhető, e területek ráadásul nem feltétlenül járnak együtt – miközben hatnak is egymásra.

Ahhoz, hogy be tudjuk azonosítani a rizikótényezőket, be kell azonosítanunk azokat a területeket, amelyek a gyermek fejlődésére hatással lehetnek. Ezen területek nyomon követése meg is valósul a gyakorlatban, ezek a területek a gyermeki fejlődés alapján a következők lehetnek:

RIZIKÓFAKTOROK

A rizikótényezőket két nagy csoportra szokás bontani: **biológiai** és **környezeti** rizikótényezőkre. További csoportosítást jelenthet a **disztális**, vagyis távoli tényezők elkülönítése a **proximális** (közele) hatótényezőktől. Disztális tényezők közé sorolható például a szegénység, az alacsony iskolai végzettség (stb.), melyek mindegyike nem közvetlenül, hanem számos más folyamaton keresztül (pl. anya-gyerek interakció) fejtheti ki hatását a fejlődésre. A proximális tényezők (mint például a szülők közötti konfliktusok vagy az elhanyagolás) ezzel szemben közvetlenebb hatást gyakorolhatnak a gyermek fejlődésére.

A rizikó-felmérés során adódhatnak nehézségek, de azok elvégzése mégis fontos, mivel segíti munkánkat.

A rizikótényező felmérését nehezíti: több tényező esetében nehezített a precíz információszerezés a rizikó milyenségéről, súlyosságáról (pl. gyermekbántalmazásnál); kérdéses lehet, hogy objektív vagy szubjektív kritériumok alapján érdemes-e értékelni a rizikónak való kitettséget (pl. szülő szubjektív megítélése a családi konfliktusok súlyosságáról). További bonyolító tényező még a rizikótényező együtt járása, nehéz szétválasztása egymástól, továbbá a disztális tényezők (pl. szegénység) sokféle lecsapódása az egyes családokban (nem mindegy például, hogy az alacsony jövedelemből mennyi jut a gyermekre).

A rizikószűrés szükségességét a következők indokolják:

A fejlődés alakulásának, valamint az ezt befolyásoló tényezőknek a folyamatos nyomon követése lehetővé teszi a későbbi zavarok megelőzését, kiszűrését, alakítását.

Mind a fejlődés területei, mind az ezeket befolyásoló rizikófaktorok sokrétűek, ezért a létező gyakorlat mentén haladva a gyermeki fejlődés dimenzióit az ezekre esetlegesen hatással levő rizikótényezők számbavételével szükséges feltárni.

A fejlődési kimenetelt befolyásoló tényezők: egyéni és környezeti tényezők, későbbi életesemények, védőtényezők, melyek felmérése megtörténik a rizikószűrés során.

A rizikólista összeállítása során az alábbi területek monitorozása merülhet fel lehetőségként:

1. öröklött tényezők

- örökletes betegségek a családban
- előző terhességek kimenetele (habitualis vetélés)

2. biológiai, egészségügyi, fizikai
 - prenatális – teratogén – tényezők
 - fizikai (sugárzás, hő, mechanikai hatás, UH,)
 - kémiai (alkohol, nikotin, vegyi anyagok, gyógyszerek, vitaminok hiánya)
 - biológiai (baktériumok, vírusok, paraziták, magas vércukor)
 - anyai genetikai, metabolikus faktorok, mechanikai (intrauterin) ártalmak
 - anya tápláltsága, súlygyarapodása a várandósság alatt
 - asszisztált reprodukció
 - perinatális tényezők
 - szülés körülményei (pl. császármetszés, elhúzódó szülés, oxigénhiány stb.)
 - koraszülés, alacsony születési súly
 - túlhordás
 - alacsony Apgar-érték
 - posztnatális
 - a gyermek táplálása (ezen belül: anyatejes táplálás)
 - egészséges ivóvíz, környezetszennyezési állapot
 - K-, D-vitamin, fluorid tabletták
3. szociális tényezők
 - anyagi helyzet (tartós szegénység, munkanélküliség)
 - lakókörnyezet (szegregált lakókörnyezet, szomszedság, infrastruktúra)
 - lakáshelyzet (zsúfoltság, szubstandard lakás, gyakori költözés)
 - kulturális környezet (alacsony iskolázottság)
 - az otthoni környezet minősége (játékszerek és lehetőségek...)
 - életmód (pl. higiénés szokások)
 - jelentős változás az életkörülményekben
4. pszichés tényezők (szülők, gyerek)
 - családtervezés (nem kívánt terhesség, abortusz gondolata, lombik stb)
 - szülők közötti párkapcsolat (házastársi konfliktusok, szülők közötti erőszak)
 - családszerkezet (egyszülős család, válás, új párkapcsolat, 3 és több testvér)
 - szülő személyisége (pl. ingerlékenység, alacsony toleranciaszint, impulzivitás...)
 - negatív szülői attitűd a gyermek felé
 - alacsony szülői kompetenciaérzés
 - szülők pszichés, mentális állapota (stressz, depresszió, szorongás, pszichés zavar)
 - rizikó magatartásformák (alkohol, drogfogyasztás, kriminalitás)
 - krónikus stressz a családban, stresszteli életesemények
 - a gyermek „nehéz” temperamentuma
 - a gyermek átlagtól való eltérése (a szülő nehezen kezelhetőnek tartja a gyermekét)
5. családi nevelés, gondozás, fejlesztés
 - szülő-gyerek kapcsolat, kötődés
 - anya-gyerek interakció
 - a szülői nevelés és bánásmód sajátosságai

- dezorganizált családi környezet, „káosz a háztartásban”
 - gyermekbántalmazás
6. intézményi ellátás (hozzáférhetőség, igénybevétel, konfliktusok)
- terhesség előtti gondozás
 - terhesgondozás,
 - szülészeti ellátás (pl. bababarát kórház, otthonszülés)
 - korai intenzív centrumok
 - szűrővizsgálatok, érzékszervi szűrések
 - védőnő, házi orvos, házi gyermekorvos
 - oltások (kötelezők és ajánlottak)
 - kórházi kezelés, sürgősségi ellátás, szakrendelés igénybevétele
 - bölcsőde, óvoda
 - intézményi ártalmak, bullying
 - rendszerbántalmazás
 - intézményekkel való együttműködési szándék, ill. diszkrimináció
7. egyéb tényezők
- anya, apa életkora (korai gyermekvállalás, nagy korkülönbség a szülők között)
 - etnikai státus
 - erőszak következtében létrejött terhesség
 - volt állami gondozott szülő, örökbefogadó szülő, nevelőszülő
 - a szülő valamilyen szekta tagja
 - ikerszülés
 - korábbi gyermeki halálozás
 - traumatikus események (PTSD kialakulásának veszélye)
 - életesemények (pl. kórházi tartózkodás, szeparáció a szülőtől, haláleset stb.)
 - izolált, támasz nélküli család
 - sérült, krónikus beteg testvér vagy családtag
 - a tágabb családban előforduló pszichiátriai betegség, öngyilkosság

A fejlődés folyamatjellege következtében a gyermek állapotának pillanatnyi statikus regisztrálása is csak a folyamat egészének ismeretében értelmezhető. A fejlődési deficitek és a rizikófaktorok megítélése is csak ebben az értelemben adhatnak alapot valamilyen beavatkozásra.

Egy rizikószűrő eszköz esetében tehát figyelemmel kell lennünk a korábbi adatokra is:

- sokszor maga a változás jelent rizikót (a szociális helyzet esetében sokszor nem a szegénység, hanem a megszokott életszínvonal hirtelen megváltozása hat a családra, a gyermekre);
- a fejlődési státusfelvételek (státusvizsgálatok) során felszínre kerülő deficit maga is rizikófaktorrá válik;

- a rizikófaktorok jelentős része csak bizonyos életkorokban értelmezhető: az örökletes tényezőket, a pre- és perinatális hatásokat elegendő egyszer regisztrálni, de a szociális helyzetre vonatkozó információk egy része is lassan változik;
- a rizikófaktorok egy része (esetleg) életkor-specifikus.

A kifejlesztett rizikókérdőív a projekt keretében kifejlesztésre kerülő szűrőteszthez kapcsolódik, a teszt bizonyos életkori pontjainál. Közösen kerülne felvételre pl. egy egy hónapos csecsemő szűrőtesztje a család rizikótényezőivel.

Kinek a feladata a rizikószűrés?

A területileg illetékes védőnő az a személy, aki már a várandósság során kapcsolatba kerül a családokkal, majd folyamatosan figyelemmel kíséri mind a várandósság alakulását, mind pedig a gyermek fejlődését, Ő a legalkalmasabb személy a rizikószűrés elvégzésére. A rizikószűrés javasolt időpontjai esetenként eltérést mutatnak az egyéb szűrőtesztek alkalmazásának időpontjaitól, hiszen míg az alkalmazott fejlődésvizsgálatok fele az első életéven belül koncentrálnak – ez a rizikószűrés esetében nem indokolt. Az első „rizikószűrésnek” – ellentétben a fejlődésvizsgálatokkal – mindenképpen a várandósság idejére kellene esnie, hiszen a megszületendő gyermek életésélyei nem függetleníthetők a várandósság alatti eseményektől, körülményektől, valamint a várandós életmódjától.

Mi a feladata a védőnőnek, amennyiben észleli a rizikó jelenlétét?

A rizikókérdőívek alkalmazása során ún. cut-off pontok (kritikus értékek) nem lettek meghatározva, hiszen épp a korábban ismertetettek alapján rendkívül sok tényező befolyásolja azt, hogy adott rizikó esetén kialakul-e bármiféle probléma, fejlődésbeli elmaradás a gyermek életében. Éppen ezért a védőnő a rizikószűrés elvégzését követően mérlegeli az azonosított rizikófaktorok esetleges hatását és saját hatáskörében dönt arról, hogy szükséges-e a problémát jelezni a házi gyermekorvos/vegyes praxisú házi orvos, vagy adott esetben a gyermekvédelmi szakszolgálatok felé.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. (2014)
Bass, L., dr. Klujber, V., Márkné Ribiczey, N., Vásárhelyi, A. (szerk.) (2014.): *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal

2.3. ALTÉMA: RIZIKÓSZŰRÉS A VÁRANDÓSSÁG IDŐSZAKÁBAN

Feldolgozandó témák

- A gravida magzatának fejlődését, illetve a várandósságot befolyásoló tényezők
- A védőnő feladatai az 1 hónapos csecsemő rizikószűrésében

A rizikósűrűséget a várandósság időszakában, a gondozásba vételkor kell elvégezni. Ennek témakörei a következők:

- szociodemográfiai adatok
- életkor, legmagasabb iskolai végzettség, foglalkozásszerkezetben elfoglalt hely, anyagi helyzet
- lakáskörülmények
- korábbi és a jelenlegi várandósságra vonatkozó anamnesztikus adatok
- előző terhességek kimenetele, száma, elveszülés, vetélés
- prenatális – teratogén – tényezők

Ha definiálni szeretnénk, hogy mit is értünk pontosan teratogén tényezők alatt, akkor összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy azok a fizikai, kémiai, biológiai hatások (vagy azok hiánya), amik a magzat anatómiai vagy funkcionális fejlődésében eltérést okoznak. Az eltérés általában *connatalis*, veleszületett. A teratogén hatásoktól való félelem erősen jelen van a várandós populáció nagy részében, bár bizonyos teratogén ártalmak (pl. dohányzás, alkohol) előfordulása nagyon gyakori. Ehhez a problémához a szakma (védőnők, szakorvosok, gyógyszerészek) hozzáállása korántsem egységes. Genetikai tanácsadás nincs mindenhol, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet által működtetett teratológiai tanácsadó telefonszámának ismertsége nem elégséges, pedig a teratológiai problémák többsége telefonos konzultációval megoldható lenne.

A kialakuló hatást befolyásoló tényezők:

- a magzat kora az ártalom bekövetkeztekor (preimplantációs, preembrionális – embrionális (szervfejlődés) – magzati kor)
- a ható tényező minősége (noxaspecificitás)
- a ható tényező mennyisége (dózis-hatás összefüggés)
- a placentán (szöveteken) való átjutás képessége
- egyéni érzékenység, genetikai hajlam
- fizikai teratogén tényezők – ionizáló sugárzás
- kémiai teratogén tényezők:
 - a várandós anya alkoholfogyasztása
 - a várandós anya dohányzása
 - a várandós anya droghasználata
- Biológiai teratogén tényezők:
 - infekciók (firs – fetalisinflammatoryresponsesyndrome)
 - anyai genetikai, metabolikus faktorok, mechanikai (intrauterin) ártalmak (pl. magas vércukor, diabetes, phenylketonuria)
 - anyai betegségek (pl. szívbetegség, epilepszia, depresszió)
 - anya tápláltsága, súlygyarapodása a várandósság alatt
- asszisztált reprodukció

A többes terhességeket leszámítva is nagyobb kockázatuk van alacsony születési súlyra és koraszületésre az asszisztált reprodukcióval fogant terhességekből született gyermekeknek. A veleszületett rendellenességekkel kapcsolatosan az utóbbi években készült elemzések

– köztük nagy metaanalízisek – azt találták, hogy valamivel nagyobb kockázattal bírnak veleszületett rendellenességekre az ART-tal (=asszisztált reprodukciós technikák) fogant újszülöttek. Ezek a rendellenességek: hypospadiasis és más genitourinaris rendellenességek, velőcsőzáródási rendellenességek, gastrointestinalis anomáliák, veleszületett szívfejlődési rendellenességek, kromoszóma-rendellenességek, valamint az imprintinget érintő betegségek (Angelman-, Beckwith–Wiedemann-kór).

Családi anamnesis

ÖRÖKLETES BETEGSÉGEK A CSALÁDBAN

Kromoszóma-rendellenességek

A kromoszóma-rendellenességek túlnyomó többsége, bár genetikai alapú eltérés, nem öröklődik. Az adott terhességben szereplő ivarsejtek valamelyikét érintő szám feletti kromoszóma vagy nemi kromoszómák esetében annak hiánya a közvetlen oka. Kialakulásuk pontos okát nem tudjuk, a jól ismert *anyai életkorral való összefüggés*en kívül markáns kockázati tényezőt nem ismerünk. A kromoszómákból 23 párral rendelkezünk, ezeken oszlik el a 23-25 ezerre becsült teljes génállományunk. Nyilvánvaló, hogy egy teljes kromoszóma szám feletti jelenléte (21-es triszómia, Down-kór) vagy hiánya (egy X nemi kromoszóma, Turner-szindróma) szerteágazó tünetekkel jár, amelynek szinte mindig része az értelmi képességek érintettsége is. Ezen rendellenességek közül a leggyakoribb a Turner-szindróma és a Down-kór.

Monogénes betegségek

Jelenleg is több ezer úgynevezett monogénes betegséget ismerünk. Ezek egy része – tipikusan a strukturális fehérjéket érintő eltérések – domináns módon, másik része – jellegzetesen az anyagcserében résztvevő fehérjéket érintők – recesszív módon öröklődik. Lényegesen kisebb területet képvisel az ismert monogénes ártalmak között az X kromoszómához kötött, illetve a mitokondriálisan öröklődő betegségek csoportja. Az ilyen betegségek egy része értelmi fogyatékossgal, fejlődési zavarral is jár. Tisztázásuk genetikai centrum feladata, amik általában az egyetemi városokban klinikákhoz kapcsolódva érhetők el. Cél a pontos diagnózis, ami támpont lehet az öröklődéshez (sokszor molekuláris genetikai vizsgálat is végezhető) és az érintett prognózisához, szükséges fejlesztésekhez is.

Multifaktoriális betegségek, rendellenességek

A fenti, klasszikus genetikai betegségek jelentősége, gyakorisága eltörpül az úgynevezett multifaktoriális betegségek, rendellenességek jelentősége mellett. Ezek a betegségek komplex eredetűek, tehát több kisebb hatású úgynevezett hajlamosító gén megléte mellett bizonyos környezeti tényezők együttállása is szükséges megnyilvánulásukhoz. Sok esetben ismertek a provokáló és védő környezeti tényezők is, ezek összjátéka szabja meg, hogy kialakul-e és mikor az adott hajlam talaján a betegség.

- pszichiátriai betegség, fogyatékossg a családban
- anyai anamnesis
- várandós egészségi állapota, állandó gyógyszerek

- anyai betegségek (autoimmun betegségek, öröklött thrombophiliák, pajzsmirigybetegség, cukorbetegség stb.)
- egészségmagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer-fogyasztás)
- pszichés státusra vonatkozó kérdések
- Egészségügyi ellátás
Ugyan 11%-ban érinti az egészségi állapotot, de mint rizikótényező nem elhanyagolható egy magzat, gyermek fejlődésében. Különösen nem, mivel szorosan kapcsolódik ide a család gazdasági helyzete. Amennyiben rendelkezik a család azon anyagi javakkal, melyek kompenzálják a távolságot az ellátó rendszertől, valamelyest csökken a rizikó, de pl. sürgősségi esetekben az időtényező akkor sem hagyható figyelmen kívül.

A gyermek fejlődésében legmeghatározóbb időszak a várandósság „Az első évek örökké tartanak! Ebben az időszakban a szellemi, érzelmi és szociális készségek alapvetően kialakulnak [...], a gyermek fejlődési szükségletein és jogain alapuló integrált, a szülőket és valamennyi társszakmát partnerének tekintő program” teheti teljessé (Herczog 2007).

A pozitív családtervezés egy lehetőség, hogy az anya és apa szervezete felkészülten álljon a gyermekvállalásra. Felismerjék azokat az anomáliákat, melyek negatívan befolyásolhatják a terhességet, annak kimenetelét, a születendő gyermek egészségi állapotát. A terhesség előtti gondozás a családorvossal, a nőgyógyással és a védőnővel való együttműködésben esélyt ad a terhességet negatívan befolyásoló nőgyógyászati problémák kiszűrésére, genetikai tanácsadásra, általános belgyógyászati problémák felismerésére, kiszűrésére. A gondozás során lehetőség nyílik általános tanácsadásra, vitaminok ismertetésére, egészségügyi anamnézis felvételére, probléma esetén szakellátáshoz irányításra. A terhesség előtti gondozás feltétele az alapellátás hozzáférhetősége mellett a gyermekvállalás tudatossága. A terhesség előtti gondozás elsősorban az anya és a *magzat egészségi állapotát* (sőt életesélyeit) befolyásolhatja.

A *várandósgondozás* során az intézményi és egészségügyi ellátás elérhetősége olyan szintre emelheti a várandósgondozást, amely esélyt ad, hogy a születendő gyermek minél jobb életkilátással születessen.

A *prekoncepcionális (terhesség előtti) gondozás helyett* célszerűbb a *perikoncepcionális gondozásról* beszélni, mivel a várandósság előtti és a fogamzást közvetlenül követő néhány hét általában egyformán kimarad az egészségügyi tevékenység köréből. A beavatkozásra ideálisan a fogamzás előtti időszak alkalmas. A perikoncepcionális gondozás 3 hónappal a tervezett terhességet megelőzően kezdődik és a 3. terhességi hónapig tart. Célja, hogy a valeszületett rendellenességek és a koraszülés kockázatát csökkentse. A terhesség előtti gondozás a családorvossal, a nőgyógyással és a védőnővel való együttműködésben történik. Az egy vagy két gyermeket vállaló családok 100%-os biztonságot várnak el a gyerek és az anya egészséget illetően. Így a modern, technikalizált ellátásban egyre több szűrővizsgálat, ellenőrzés és mérés igyekszik ezt az igényt kiszolgálni. Ennek mellékhatása természetesen az, hogy a várandósság sokszor aggodalmakkal, félelmekkel teli, illetve a sok szakember és gép között végképp meggyengül – vagy akár el is vész – a gyermekvárás és szülés élménye, a nő hite saját teste bölcsességében, önnön szülési kompetenciájában. Erre a családtervezési programok jó esetben megoldást kínálnak, de szerencsétlen esetben ráerősítenek. Idetartozik a család „tervezése” szóval is kifejezett technikalizálástól, medikalizálástól való elfordulás problémaköre, az igény arra, hogy a gyermekvárással kapcsolatos események természete-

sen, háborítatlanul, akár otthon történhessenek meg. A gyermekvárás és szülés ma valóban egészségügyi, pontosabban „betegségügyi” probléma.

ESETFELDOLGOZÁS

1. eset

K. Erika 36 éves gravida. Ez a második, nem tervezett terhessége. A teherbeesés ellen óvszerrel védekeztek. Egy faluban, albérletben, egy kertes családi házban él férjével és 12 éves kislányával. A ház felújításra szorul, berendezése szegényes. Egy szobában laknak mindhárman, mert az egy szoba fűtéséhez szükséges tüzfűtő is nehezen tudják megvenni, így a 12 éves kislánynak sincs külön szoba berendezve. A család anyagi problémákkal küzd, az apa munkanélküli. A gravida varrónő egy 10 km-re lévő városban, ahová busszal jár minden munkanap.

Előző várandóssága során problémája nem volt, normál hüvelyi úton született meg kislánya, akit azonban csak 2 hétig tudott szoptatni.

Erika jelen terhességével 15 hetesen jelent meg először a védőnőnél azzal a gyanúval, hogy várandós, orvosnál még nem járt. A védőnő tájékoztatta a szükséges vizsgálatokról.

Gondozásba vételkor lábán varixok láthatóak, melyek a várandós elmondása szerint alkalmanként fájdalommal járnak. Vizeletében ++ genny található, fehérje és cukor nem mutatható ki. Vérnyomása 110/70 Hgmm, pulzusszáma pedig 65-80/min. Testtömege az első vizsgálat alkalmával 86 kg, testmagassága 164 cm.

A terhesség tényét elmondása szerint elfogadta, de fél attól, hogy még nehezebben tudnak majd megélni. 12 éves Kata lánya nagyon örül a testvér érkezésének, abban bízik, hogy emiatt külön szobába költözhet. A férj is elfogadta a terhességet, próbál alkalmi munkát keresni.

A gravida naponta 5-6 szál cigarettát szív el, gyógyszert rendszeresen nem szed, Algopyrinre érzékeny. Étvágya mostanában változó. Néha még émelyeg és egy hete 2-3 naponta ürít kemény székletet.

2. eset

N. Éva 42 éves gravida. Ez az ötödik, tervezett terhessége. Megyeszékhelyen él összkomfortos, igényesen berendezett családi házban férjével és két gyermekével. Lányai 8, ill. 9 évesek, egészségesek.

Egyéni vállalkozóként dolgozik, butikokat üzemeltet. Elsősorban az áru beszerzésével foglalkozik, emiatt rendszeresen nagy távolságokat tesz meg autójával.

Első menstruációja 14 éves korában volt. Menstruációja 29 naponként jelentkezett és 6-7 napig tartott.

Káros szenvedélye nincs, a teherbe esés előtt szokott le a dohányzásról.

Szülészeti anamnézis:

1. művi vetélés (18 éves korában)

2. spontán hüvelyi szülés (33 éves korában)

3. spontán hüvelyi szülés (34 éves korában)

4. spontán vetélés (41 éves korában)

Mindkét kihordott várandóssága szövődmény nélkül zajlott le.

Jelen várandósság:

Nőgyógyásza a 6. terhességi héten állapította meg a várandósságot. Védőnőjénél a 9. héten jelentkezett, aki veszélyeztettként vette gondozásba.

A belgyógyászati vizsgálat nem mutatott eltérést. Fogászatra a védőnő többszöri kérésére sem ment el. A Down-szindróma előfordulásának esélye a magzatra nézve 1:298. Az amniocentézist visszautastította, arra hivatkozva, hogy kromoszóma-rendellenesség esetén is vállalják a gyermeket.

A vizsgálatok eredményei:

VDRL: neg.

Hepatitis: neg.

Vércsoport: A Rh neg.

Nucha: 1,4 mm

Hgb: 128 g/l

Htk: 0,37

3. eset

P. Erzsébet 23 éves roma gravida. Egy városszéli, komfort nélküli, egyszobás lakásban él édesanyjával, élettársával és három gyermekével. Gyermekei 1, 3, ill. 4 évesek. A lakásba a villany be van vezetve, de kikapcsolták. A sarokban álló szenes kályhával fűtenek. Az ivóvizet a közterületen lévő vezetékes kútról hordják. Az udvarban van egy ásott kút, mosáshoz onnan merik a vizet. A ház környezete elhanyagolt, építési törmelék és gyomnövények lepik el. A család kutyája szabadon bejár a házba. A lakás a körülményekhez képest tiszta, de festésre szorul. A gravida jelenleg gyesen van legkisebb gyermekével, férje közmunkát végez.

Szülészeti anamnézis:

1. spontán hüvelyi szülés a 39. gest. héten, dysmaturus újszülött

2. spontán hüvelyi szülés a 36. gest. héten, egészséges újszülött.

3. spontán hüvelyi szülés a 38. gest. héten, egészséges újszülött.

Jelen várandósság:

Erzsébet a 10. gest. héten jelentkezett a védőnőnél, aki gondozásba vette. Elmondása szerint nem terveztek már több gyermeket, de a teherbe esés ellen nem védekeztek.

Naponta 10 szál cigarettát szív el a várandós.

Vérnyomása 100/65 Hgmm, vizeletet nem hozott magával. Obstipációról panaszodik az első találkozásról. Főtt ételt nem mindennap tudnak enni.

Amikor a védőnő a vizsgálatokról kezd el beszélni, a gravida kijelenti, hogy nem hajlandó elmenni a vizsgálatokra a laborba, mert mindig félt a vérvételtől, sokszor el is ájult. A védőnőt fogadja látogatóskor és ígéretet tett arra, hogy védőnői tanácsadásra elmegy.

4. eset

P. Livia 17 éves primipara. A teherbeesés ellen nem védekezett. Az apa a gyermekvárás hírére eltűnt. A várandósság lehetősége fel sem merült a 17 éves gravidában, így későn vette észre, hogy gyermeke lesz. A gravida abortuszra jelentkezett, de kérelmét elutasították.

Livia idős szüleivel és a bátyjával él egy kisvárosi 2 szobás panellakásban. Anyagi helyzetük átlagos. Gimnáziumba járt, de mióta gravida lett, azóta magántanulónként folytatja tanulmányait.

Gondozásba vételkor elmondja, hogy fogyókúrázik és obstipál. Most 30 hetes a magzat, de Livia még mindig nem akar tudomást venni róla.

Livia szülei együttműködnek a védőnővel, de kilátástalannak tartják helyzetüket, nem tudják, hogy milyen lehetőségeik vannak.

A védőnő tanácsait nem fogadja meg, az előírt vizsgálatokra is csak azért megy el, mert édesanyja elkíséri mindenhová.

5. eset

P. Izabella 36 éves primipara. Orvosa tegnap gemini diagnózist állított fel. Férjével több éve szeretnének már saját gyermeket. Jó anyagi körülmények között élnek belvárosi lakásukban. A gravida tanárnőként dolgozott, de táppénzre ment.

A sorozatos eredménytelen kísérleteket követően jelentkeztek a lombikbíbiprogramra. UH-vezérelt folliculus aspirációt végeztek petesejtnyerés céljából, melynek során hét petesejtet nyertek, amelyek közül ICSI eljárás után hármát transzferáltak.

Fenyegető vetélés miatt a 7-9. terhességi héten klinikai fekvőbeteg-ellátásban részesült. A kórházi kezelés után megtartott terhességgel, panaszmentesen távozott.

Az I. trimeszterbeli kötelező vizsgálatok megtörténtek, az eredmények semmilyen rendellenességet nem mutattak.

Gyakran van hányingere és emellett gyomorégés is kínozza. Magzatvédő vitamint szed.

6. eset

K. Ilona 41 éves gravida. Ez a második, nem tervezett terhessége. A teherbeesés ellen megszakításos közösüléssel védekezett. Egyedül neveli 15 éves lányát, a magzat apját nem kívánta megnevezni. Kisvárosban élnek albérletben, egy nedves és zsúfolt lakásban. Vezetékes ivóvíz nincs bevezetve. Iskolai végzettsége 8 általános iskola, konyhai kisegítőként dolgozott egy üzemi konyhán. Miután munkáltatója megtudta, hogy várandós, nem kívánta tovább alkalmazni. Naponta 4 szál cigarettát szív el és 3 kávéfogyaszt.

Penicillinre érzékeny és Asthma bronchialéja van. Pszichiátriai gondozott, szorongásos depressziója miatt antidepresszánsokat szed.

Szülészeti anamnézis:

Első gyermeke a 34. gest. héten született, spontán hüvelyi szüléssel. Egy hónapig tudta anyatejjel táplálni.

Jelen várandósság:

A védőnőjénél a 20. terhességi héten jelentkezett. Késői jelentkezését azzal indokolta, hogy menstruációja rendszertelen volt, és csak a magzatmozgásokról vette észre, hogy gyermeket vár.

Felvételekor emlői mirigysek, emlőbimbói kiemelkedőek, lábain minimális varix figyelhető meg, astheniás alkatú. Magassága 170 cm, testtömege 50 kg. Fogazata ép. Anaemiás. Asthmas rohamai vannak, melyeket Ventolinnal kezel.

Családi anamnézisében apai ágon ikerterhesség és fejlődési rendellenesség is előfordult.

7. eset

H. Alexandra 31 éves gravida. Jelen terhessége első várandóssága.

Romániából települt át Magyarországra. Férjével él egy nagyvárosi szoba-konyhás panellakásban. Nehéz anyagi körülményei miatt nem sok pénzt tud költeni a gyermekszoba kialakítására és a kelengye beszerzésére.

Várandóssága előtt sem dolgozott, mivel rokkantnyugdíjas. A velük nem egy háztartásban élő nagymamáját ápolja, aki után ápolási segélyt kap. Férje kereső tevékenységet folytat.

A gravida 7 éves korában elszenvedett autóbalesete maradandó sérüléseket okozott. Több csigolyája is eltört, és a bal fülére nem hall jól (90 dB). Később tonsillectomiára, appendectomiára és pajzsmirigyműtetre is sor került. Három éve a jobb melléből jóindulatú daganatot távolítottak el. Több éve áll pszichiátriai kezelés alatt mániás depressziója miatt. Káros szenvedélyektől mentesen él.

Lidocain-, Algopyrin- és Penicillin-érzékeny.

Jelen várandósság:

Várandóssága előtt naponta 13 szem gyógyszert kellett beszednie betegségei miatt. Ezek szedését saját maga hagyta abba, mikor eldöntötték, hogy gyermeket szeretnének. Amikor kiderült várandóssága, akkor is csak háziorvosának mondta el, hogy már nem szedi egy ideje gyógyszereit. Háziorvosa a döntését jóváhagyta.

Jelenleg Magne B6-ot, illetve Folsavat szed.

Várandós-tanácsadáson a szülész-nőgyógyász szakorvos közölte a gravidával, hogy depressziója és gerincproblémája miatt programozott császármetszéssel fog szülni.

8. eset

H. Natália 19 éves gravida. Ez az első, nem tervezett várandóssága. Abortuszra jelentkezett, de nem mert elmenni. A gyermek apját nem kívánja megnevezni. Jelenleg szüleivel és testvéreivel él egy háztartásban, jó anyagi körülmények között. Családja nem örül a várandósságának. Mióta várandóssága kiderült, azóta nem jár iskolába, mert szegyeilli magát kortársai előtt.

Jelen terhessége:

A védőnőnél 14 hetesen jelent meg először. A szülés várható időpontja bizonytalan, mivel rendszeretlen ciklusa és a menzesznaptár hiánya miatt Natália nem tudta megmondani utolsó rendes menstruációja első napját. A védőnő látogatásának nem örül, vizsgálatokra nem akar elmenni. A védőnő az első látogatáskor a gravida édesanyjához fordult annak érdekében, hogy a vizsgálatok időben megtörténjenek, de ő csak a családot ért szegyénnel foglalkozik, lánya és unokája egészsége nem érdekli.

A gravida dohányzik, de kávéf, alkoholt és kábítószer nem fogyaszt. Vegetáriánus.

A gravida gyermekkori fertőző betegségeken nem esett át. Húga varicellás lett a várandósság elején, de ő nem kapta el.

Felhasznált irodalom

- Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. (2014)
- Bass, L., dr. Klujber, V., Márkné Ribiczey, N., Vásárhelyi, A. (szerk.) (2014): *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Őrzők*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

2.4. ALTÉMA: RIZIKÓSZŪRÉS A GYERMEK 1 HÓNAPOS KORÁBAN

Feldolgozandó témák

- Az 1 hónapos gyermek fejlődését befolyásoló tényezők
- A védőnő feladatai az 1 hónapos csecsemő rizikószűrésében

A tartalom részletes kifejtése

RIZIKÓSZŪRÉS A GYERMEK 1 HÓNAPOS KORÁBAN

Együttélőkre vonatkozó adatok, különös tekintettel a változásokra:

- Lakáskörülmények – tulajdonviszonyok, komfortfokozat.
- A várandósság alatti rizikószűréshez hasonlóan rákérdezünk a szülők legmagasabb iskolai végzettségére, a foglalkoztatottságra, jövedelmi viszonyokra.
- Várandósságra vonatkozó adatok (vizsgálatok, problémák) – egyáltalán járt-e az anya várandósgondozásra, volt-e fertőző vagy lázas betegsége a terhesség alatt, szedett-e gyógyszert, a várandósság alatti vizsgálatok mutattak-e bármiféle eltérést.
- Szülés körülményei – hányadik gestációs héten született a gyermek, milyen súllyal, hosszal, volt-e bármiféle beavatkozásra szükség (pl. császármetszés), volt-e az újszülötttel bármilyen probléma, fejlődési rendellenességet diagnosztizáltak-e, Apgar-érték a zárójelentés alapján.

Rizikószűrés

- *Az újszülött táplálása, az anya táplálkozása* – szopik-e a gyermek, illetve kap-e más táplálékot az anyatejen kívül, megfelelőnek tartja-e az anya saját táplálkozását.
- *Az újszülött magatartása* – mennyire jellemző az újszülöttre, hogy sír, nyugtós, rosszul alszik, rosszul eszik, megijed.
- *Szülői kompetencia* – A szülői kompetenciaérzés a szülői szerep megélésével, az ön-értékeléssel, az én-hatékonyság-érzéssel kapcsolatos fogalom. A szülőség kognitív aspektusai közül egy olyan komponens, mely potenciális szerepet játszhat mind a szülő

pszichológiai jóllétének, mind a család működés módjának, és a gyermek fejlődésének alakulásában. A szülői kompetenciaérzés a szülő hite abban, hogy ő maga mennyire hatékony, sikeres szülő, valamint mennyire elégedett szülői szerepével. A magas szülői kompetenciaérzéssel rendelkező szülő kompetensnek és magabiztosnak érzi magát a gyermeknevelési feladatokban, úgy érzi, megvan a képessége arra, hogy a gyermekkel kapcsolatos problémákkal megküzdjön. A szülői kompetenciaérzés kapcsolatban áll a pozitív interakciós viselkedéssel, involváltsággal, melegséggel és kontrollal, melyet különböző életkorú gyermekek szüleinél is bizonyítottak. Az alacsony szülői kompetenciaérzés azért is jelenthet rizikót a gyermeki fejlődésre nézve, mert inkonzisztensebb szülői fegyelmezést vonhat maga után (a szülő bizonytalan magában, ezért nem következetes), valamint a megnövekedett szorongást és bizonytalanságot („jól csinálom-e”) a gyermek megérzi a szülőn. Éppen ezért a szülővé válás kezdetén (újszülött megérkezése a családba) fontos lehet figyelmet fordítani a szülői kompetenciaérzés alakulására.

- *Anya egészségmagatartása* – az alkoholizmus megítélése nem egyértelmű, objektív kritériumok mentén történik. Ha a családok működés módját nézzük, akkor lényeges szempont, hogy a szerhasználat mennyire érinti a szülőséget, a mindennapi élet megszervezését (ellátja-e a szülő a munkáját, a gyermekeket, a háztartást a szerhasználat ellenére), mennyire vezet más rizikótényezők kialakulásához (pl. anyagi nehézségekhez vagy elhanyagoláshoz). A környezeti hatásként értelmezhető szülői szerhasználat így a szülőségre tett hatásain keresztül lesz jelentősége a rizikónak a gyermeki fejlődésre nézve. A szülő alkoholizmusa kaotikus, megjósolhatatlan környezetet teremthet, ahol nincs kiszámítható napi ritmus, a szülő hangulata a gyermektől független, inkonzisztens lehet a fegyelmezés, és gyakoriak a kettős üzenetek a gyermek felé (pl. „semmit sem tudsz rendesen megcsinálni”, „szükségem van rád”). A rizikótényezőnek életkori specialitása nem ismert, a probléma tartósságának és súlyosságának van inkább jelentősége. Azonban, mint szinte minden rizikótényezőnél, a szülői alkoholizmusnál és szerhasználatnál is elmondható, hogy a korai időszak (0–1 év) abból a szempontból specifikus figyelmet érdemel, hogy a csecsemő a legkiszolgáltatottabb, életben maradása a felnőttől függ, vagyis ha például a szülő a szerhasználat következtében olyan módosult tudatállapotba kerül, hogy a csecsemő alapvető szükségleteit sem tudja ellátni, akkor ez drasztikus következményekkel járhat a gyermekre nézve.
- *Párkapcsolat* – A szülők közötti súlyos konfliktus és erőszak egyértelműen negatív hatással van a gyermeki fejlődésre, számos longitudinális vizsgálat bizonyítja, hogy a szülők közötti kapcsolat minősége a családszerkezettől függetlenül összefügg a gyermeki fejlődési kimenetekkel.
- *Pszichés státusra vonatkozó kérdések* – A szülők pszichés állapota számos folyamaton keresztül fejtheti ki hatását a gyermek fejlődésére nézve. Fontos hangsúlyozni azonban a hatások kétirányú jellegét, vagyis például, a szülői depresszió olyan viselkedéses sajátosságokat válthat ki a gyermekből (pl. viselkedéses problémák), melyek visszahatnak a szülőre, megerősíthetik a szülő érzelmi problémáit. A szülők mentális egészségének gyermeki fejlődésre tett hatásait vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a gyermeki pszichés fejlődési terület jóval érintettebb, mint a szomatikus; a szülői pszichés állapot legkifejezettebben a gyermek érzelmi és viselkedéses állapotával mutat összefüggést. Azonban

- ha a szülői mentális zavar egyéb rizikótényezőkkel is párosul (mint például gyakran együtt jár az elhanyagolással), akkor a szomatikus fejlődési kimenet is érintett lehet.
- *Egyéb veszélyeztető körülmények* (a védőnő észlelése alapján).

Védőnő általi megfigyelés

- *Anya-gyermek interakció* – Az anya-gyerek interakció számos funkciót tölt be a fejlődés során: elősegíti a szociális megismerést, alakítja a kötődést, hozzájárul a nyelv-sajátításhoz, és az érzelemszabályozáshoz is. A gondozó és gyermek közötti interakció potenciális előreljelője a későbbi fejlődési kimeneteknek is. Fontos természetesen az is, hogy a szülő mennyit kommunikál, játszik gyermekével (ez elsősorban az involváltság vagy bevonódottság fogalmát fedi le), az anya-gyerek interakció témakörénél azonban nem a mennyiségi, hanem minőségi mutatók tartanak elsődlegesen érdeklődésre számot. A szülő-gyerek interakció közvetlenül hat a gyermekre. Rengeteg rizikótényező hatása részben az anya-gyermek interakción keresztül valósul meg.
- *Gyermekbántalmazásra és/vagy elhanyagolásra utaló jelek* – A gyermekekkel kapcsolatos nézetek sokat változtak az idők során, a gyermekbántalmazás hosszú ideig nem volt elítélt cselekedet. 1961-ben használta először Henry Kempe a „megvert gyerek szindróma” kifejezést, majd ezt az orvosi szemléletet hamarosan kiegészítette a pszichológiai és a szociológiai nézőpontok megjelenése, és az igazságszolgáltatás és jogi aspektusok is előtérbe kerültek. Ma már az mindenképp világos, hogy a gyermekbántalmazást veszélyeztető tényezőnek tekinthetjük, de máig nagy kulturális különbségek figyelhetők meg abban, milyen szülői bánásmód az elfogadott. A gyermekbántalmazás számos más rizikótényezővel gyakran együtt jár (pl. rossz szociális körülmények, szülői alkoholizmus stb.) Az Egészségügyi Világszervezet a következőképpen definiálja a gyermekbántalmazást: „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul” (WHO, 1999, lásd Herczog, 2007, 39. o.). A gyermekbántalmazás tehát nagyon sokféle, különböző viselkedésmódot (vagy ennek elmulasztását) foglal magában, mely a gyermek további életére kiható, jelentős mértékű sérülést okozhat. Ez a sérülés lehet testi, érzelmi, erkölcsi, szellemi, egészségügyi jellegű, illetve a gyermek méltóságát sértő, személyiségfejlődését károsan befolyásoló. A gyermekbántalmazás 93%-a családon belül vagy családtagok által történik. Azokban a családokban, ahol gyermekbántalmazás fordul elő, a gyermek nem érzi magát biztonságban, így egyik legalapvetőbb szüksége nem elégítődik ki. A megjósolhatatlan, bizonytalan környezet magas stressz-szintet eredményez, és állandó készenléti állapotot hoz létre a gyermeknél. A gyermek folyamatosan, éberrel figyeli környezetét, a szülők apró jelzéseit, amikből arra próbál következtetni, mi várható, mi fog történni. A stressz és a készenléti állapot fenntartása hatással van az agy fejlődésére, és rengeteg pszichés energiát követel a gyermektől. Így más fontos, fejlődési feladatra (pl. játék, vagy később tanulás) kevesebb pszichés energiája marad a gyermeknek.

A kimenetel nagyban függ a bántalmazás tartósságától, súlyosságától, gyakoriságától, a gyermek belső erőforrásaitól, valamint a külső támogatottságtól is. Tartós és súlyos bántalmazás esetén a szomatikus fejlődésben is elmaradások figyelhetők meg. Csecsemőkorban evési és alvási zavarok is lehetnek a következmények között.

Az egészségügyi ellátórendszer elérhetősége, mint rizikótényező

- *Szülészeti ellátás.* A szülészeti intézménybe jutás ideje és körülménye is hatást gyakorol a szülés kimenetelére, az újszülött állapotára, adaptációs képességére. Különös tekintettel a koraszülésekre, speciális ellátást igénylő szüléseknél (PIC, koraszülött osztályllyal rendelkező kórházak stb.). A különleges ellátást a költséges, speciális eszközök, magasan képzett egészségügyi személyzet tudja biztosítani a kiemelt centrumokban.
- *Védőnő, házi orvos, házi gyermekorvos.* A szülészeti intézményből hazaérkező újszülöttet otthonában a védőnő meglátogatja. Az ország számos védőnői körzete viszont földrajzilag túlzottan nagy kiterjedésű, és a körzeti védőnő közlekedése nem megoldott. A védőnő által ellátandó családok száma túl magas, ami az ellátás minőségének rovására megy. (A területi védőnők 78%-a lát el 1 körzetet, az orvosi ellátottság ennél nagyobb hiányosságokkal küzd) Szerencsés esetben a kórházban megtörténik a PKU, orthopédiai szűrés, hallásvizsgálat, BCG-oltás. Ha bármelyik hiányzik, ezt záros határidőn belül pótolni kell, és ha a születés körülményei, az újszülött egészségi állapota szükségessé teszi, kontrollvizsgálat válhat szükségessé.
- *Kórházi kezelés, sürgősségi ellátás, szakrendelés igénybevétele* – a kórházi kezeléshez, sürgősségi ellátáshoz, különböző szakrendelésekhez való hozzáférés nagymértékű egyenlőtlenségeket mutat az ország különböző régióiban. Az esélyegyenlőség biztosítása szükséges lenne a különböző ellátórendszerek elérhetőségében is.

Szülés alatti kockázati tényezők

Badawi és munkatársai tanulmánya alapján az intrapartum kockázati tényezők az alábbiak:

- hosszú ideig stagnáló magzati koponya (magas egyenes beilleszkedés);
- anyai lázas állapot – az anyai lázas állapot fokozott kockázatot jelent az agykárosodás kialakulása szempontjából.
- sürgős császármetszés;
- operatív hüvelyi szülés;
- akut intrapartum események – az akut intrapartum események (korai lepényleválás, méhrepedés) négyesére növelik a neonatalis encephalopathia kockázatát.

Perinatális tényezők

Az idegrendszer fejlődését a születés folyamán és az újszülöttkorban fenyegető veszélyek közül az egyik legsúlyosabb, ugyanakkor meglehetősen gyakori, a vérkeringés elégtelen oxigenizációja. Okai közt található a méhlepényen keresztül történő oxigénellátás megszűnését követően a tüdővel való légzés megindulásának késése (elhúzódó szülés, a köldök-zsinór összepréselődése stb.), a légzőrendszer betegsége vagy éretlensége koraszülötteknél.

Az oxigénhiány következményei annak mértékén és tartósságán túl attól is függnek, hogy milyen érési állapotban éri az idegrendszert. Időre született újszülötteknél sejtelhaláshoz vezet mind az agykéregben, mind a kéregalatti területeken. Ennek nyomán kialakulhat mikrocefália (kórosan kisméretű koponya és agy), epilepszia, mozgás- és értelmi fejlődési zavar.

Az enyhébb (I. fokozatú) oxigénhiány fő tünete a csecsemő nyugtalansága; a későbbiekben a fejlődés többnyire normál mederbe terelődik. A közepes (II. fokozatú) oxigénhiányt szenvedett újszülöttek letargikusak, izomtónusuk csökkent, előfordulhatnak görcsrohamok; közülük 20-40%-nál az idegrendszer sérülése maradandó. A súlyos (III. fokozatú) oxigénhiány következménye kóma, fokozott koponyaűri nyomás, tónusvesztés és görcsrohamok; gyakorlatilag az összes túlélő visszafordíthatatlan agykárosodást szenved.

Koraszülötteknél az agykéreg éretlensége folytán inkább az agy fehérállománya sérül; a hosszú távú következmények sem annyira az értelmi fejlődés, mint a szenzoros és a mozgásos funkciók területén mutatkoznak:

- a szülés körülményei (pl. császármetszés, elhúzódó szülés, oxigénhiány stb.),
- koraszülés, alacsony születési súly,
- túlhordás (a terhességi terminus elérése után bizonyítottan növekszik a perinatális mortalitás),
- alacsony Apgar-érték – természetesen az alacsony Apgar-érték nem önmagában jelent veszélyeztető tényezőt az újszülött fejlődésére nézve, hanem az Apgar-érték, mint a vitalis paramétereket magában foglaló index alacsony pontszáma jelzi a nem kielégítő életfunkciókat.

Neonatalis encephalopathia:

- az idegrendszer funkciózavara,
- terminus közeli vagy terminusban született újszülötteknél észlelhető a szülés utáni napokban,
- szisztémás hypoxaemia és a csökkent agyi véráramlás okozza, amely ischaemiához vezet,
- az agykárosodást az agy gyulladással elváltozása és duzzanata jellemzi,
- tünetei a szülés utáni első 72 órában jelentkeznek,
- a spontán légzés később indul be,
- görcsök lépnek fel,
- az újszülött somnolens,
- csökkent az izomtónusa és mozgása,
- apnoe jelentkezhet,
- csökkent a Moro-reflex, kóros szopási reflex, stupor észlelhető.

Cerebralis bénulás (izomműködés kontrolljának hiánya, izomgyengeség vagy izombénulás): korai életkorban kialakuló krónikus, nem progresszív betegség, amelyre jellemző a mozgás és állás kóros kontrollja. Oka a mozgást és állást koordináló agyi központ hibás fejlődése vagy károsodása.

Osztályozás: a bénulásban hány végtag érintett (hemiplegia, quadriplegia vagy hemiparesis), illetve a mozgászavar milyen jellegű (spasticus, dyskineticus, akineticus, ataxiás vagy kevert).

A hagyományos megközelítés szerint az újszülöttkori encephalopathia és cerebralis bénulás leggyakoribb oka a szülési asphyxia. Mára azonban nyilvánvalóvá vált, hogy az agybénulás eseteinek nagy hányadában nem igazolható szülési asphyxia. Az újabb adatok szerint többnyire antenatalis tényezők felelősek az állapot kialakulásáért.

ESETFELDOLGOZÁS

1. eset

B. Zsófi

Erzsébet, Zsófi édesanyja 28 éves, továbbra is egy városszéli, komfort nélküli, egyszobás lakásban élnek édesanyjával, élettársával és három gyermekével. Gyermekei 1, 3, ill. 4 évesek. A lakásba a villany be van vezetve, de kikapcsolták. A sarokban álló szenes kályhával fűtenek. Az ivóvizet a közterületen lévő vezetékes kútról hordják. Az udvarban van egy ásott kút, mosáshoz onnan merik a vizet. A ház környezete elhanyagolt, építési törmelék és gyomnövények lepik el. A család kutyája szabadon bejár a házba. A lakás a körülményekhez képest tiszta, de festésre szorul.

Szülés: A 38. gesztációs héten idő előtti burokrepedés következett be. Fájásgyengeség miatt fájás-keltés, majd fájáserősítés történt. A köldökzsinór a váll és a láb köré volt csavarodva. Születési súly: 2700 g, születési hossz: 50 cm. Apgar: 8/10. Két órával a születést követően bőrszürkeséget, végtagremegést, felületessé váló légzést észleltek. Vércukorszintje 3 mmol/l volt. Átmeneti súlycsökkenést követően, a születési súly elérésekor adták haza 7. napon.

Anamnézis: Az újszülött státus során Soor orist, Fungus umbilicis és jobb oldali Torticollicis észleltek.

Jelen státus: 1 hónapos korában Zsófi szomatikus és mozgásfejlődése megfelelő, Torticollicis miatt a tornáztatás folytatása szükséges. A tárgyra rácsodálkozik, de nem nyúl értük. Fejét még nem tudja megtartani előre-, hátrabilen, ha felemeljük. Súly: 3610 g, hossza: 55 cm.

Kizárólagosan, igény szerint szoptatott, nyugodt kiegyensúlyozott csecsemő. Naponta 6-7 alkalommal szopik, anyatejes székletet naponta ürít. Szájában soor látható, melyet mater gondosan kezel.

2. eset

K. Alíz 1 hónapos csecsemő

Szülés: a 37. gesztációs héten spontán hüvelyi szüléssel jött világra panaszmentes terhességből, Apgar 5/7 statusban. Születési súly: 3060 g, testhossza 52 cm, fejkörfogata: 33 cm.

Anamnézis:

A szülést követő napon a Gyermekklinikára NIC-be került az újszülött, Dg.: Congenitális vitium, Kamrai septumdefektus, Pulmonális stenosis, Multiplex fejlődési rendellenesség, Hypocalcaemia, Conjunctivitis acuta, Soor oris.

Az intézményből 15 napos korában engedték haza. Az anya lefejt anyatejtel táplálta, melyet női tejjel egészítettek ki. Egy hete már csak női tejet és BEBA HA Start Pro tápszert kap. Éles hangokra figyel, kellemetlen közérzetét pedig hangos sírással fejezi ki. Legtöbb idejét alvással tölti, és sokszor a legkülönfélébb időpontokban ébred fel, általában 2-3 órás időközönként jelzi éhségét. Az élénk színű tárgyakat hosszasan szemléli.

Iona, Alíz édesanyja a családjával továbbra is faluban, albérletben, egy kertes családi házban él férjével és 12 éves kislányával. A házat a lehetőségekhez mérten felújították, de berendezése továbbra is szegényes. Két szobában laknak, a 12 éves kislánynak külön szobája lett. A fűtéséhez szükséges tüzfát továbbra is nehezen tudják megvenni, a család anyagi problémákkal küzd, az apa ismét munkanélküli. Mivel az anyuka varrónő, próbál otthoni munkát elvállalni a gyermek ellátása mellett.

3. eset

K. Petra 18 hónapos kised

Szülés: Az újszülött a 40. gesztációs héten, spontán hüvelyi szüléssel született, Apgar 8/9 statusban. Születési súlya 2700 g, hossza 49 cm. Adaptációs zavar nem lépett fel.

Anamnézis: A két hetes újszülöttel a család minden bejelentés nélkül vidékre költözött, ahonnan kórházba utalták és GOB ill. Dermatitis gluteale mycoticával ápolták.

Hazajöveletekor Soor orisa van, bőre még mindig piros, érdes. Az anya állítása szerint kizárólagosan anyatejjel táplált. 2 hónapos korában az ekzema súlyosbodása miatt kezelőorvosa kórházba utalta. Az anya nem maradt a kórházban, ezért BEBA HA/AR-t kapott. Dg.: Rota vírus enteritis, GOR, tehéntej-allergia gyanú, ekzema. Testtömeg percentilje 3 alatt volt. Coordinaxot és Ulcerant kapott. Súlya 2 hónapig stagnált, ennek ellenére a szülők nem vitték vissza kontrollra.

A védőoltásait hónapokkal később kapta meg.

9 hónapos korától az anya grízt kevert a tápszerébe, hogy ne fogyjon el olyan hamar. Zöldségeket rendszeresen kapott a levesből, gyümölcsöt hetente négyyszer adott neki.

Hasmenések miatt gyakran kezelték kórházban.

8 hónapos korában támasz nélkül ült, 9,5 hónapos korában kapaszkodva felállt és mászott. 14 hónaposan kezdett el önállóan járni.

Súlya egyéves korában 6400 g, hossza 70 cm.

Jelen észlelés: Súlya 7500 g. Kétszavas mondatokat mond, megérti, amit mondanak neki. Kéréseket teljesít. Jelzi, ha széket ürített. Bőre száraz, gyakran gyulladt. Ruházata gyakran ápolatlan, és nem felel meg az időjárásnak. A szülők nem működnek együtt a védőnővel és a gyermekorvossal.

4. eset

K. Kitti 10 hónapos csecsemő

Szülés: A 37. gesztációs héten született sectio caesareaval. Születési súlya 2300 g, hossza 47 cm. A köldökzsinór egyszer a nyakára és a törzsére volt tekeredve. A CTG enyhe intrauterin magzati distresszt mutatott, a magzatvíz meconiumos volt. Az anya a kórházból gyermekét hátrahagyva ismeretlen helyre távozott.

Anamnézis: Nagyfokú icterusa miatt vércsere történt. Vércsoportja „A” Rh pozitív. Véréképe sepsisre utalt.

Környezettanulmány készítése során az apa úgy nyilatkozott, hogy egyedül is vállalja a gyermek nevelését, gondozását. A lakás kicsi és felújításra szorul. 3 hetes korában engedték haza Kittit. Kezdetől fogva tápszert kapott. Az apa megfelelően gondozta és etette őt.

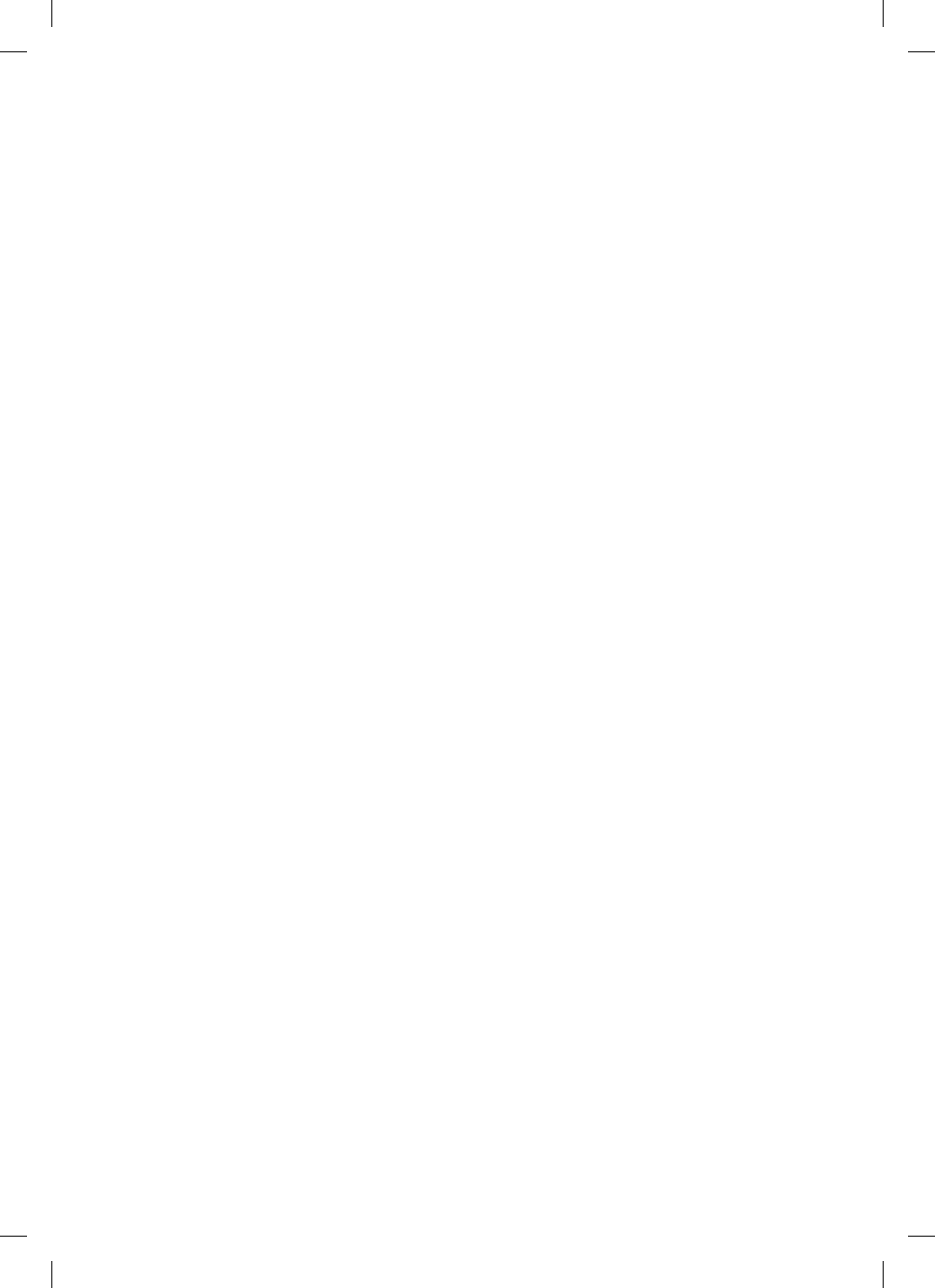
Védőoltásait megkapta, a státuszvizsgálatokra mindig a megbeszélte időben vitte el az apa, havonta egyszer pedig megjelentek tanácsadáson.

Jelen észlelés: Testsúlya 7500 g, hossza 68 cm. Anaemiás küllemű. Mozgásfejlődése már kezdettől fogva lassabb az átlagosnál. Gagygog. 4 foga van. A Vigantolt kapja. 8 hónapos koráig tápszert kapott, azóta az apa anyagi okokra hivatkozva tehéntejet ad neki. Hetente 3-4-szer kap főzeléket, amit nem komplementálnak. Gyakran van obstipatioja. Kinga személyi higiéniája nem kielégítő. Bőre száraz.

Személyi és tárgyi környezete rendkívül ingerszegény. A védőnő ismét felhívta az apa figyelmét arra, hogy tegye meg a balesetek megelőzése szempontjából szükséges intézkedéseket a lakásban.

Felhasznált irodalom

- Bass, L., dr. Klujber, V., Márkné Ribiczey, N., Vásárhelyi, A. (szerk.) (2014): *A gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló módszer kifejlesztése*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Gyermek-alapellátási Útmutató a 0-7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. (2014)
- Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Őrzők*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal



3. TÉMA:

A GONDOZÁS FOLYAMATÁNAK ÁLTALÁNOS SZEMPONTJAI EGÉSZSÉGES GYERMEK ÉS ELTÉRŐ FEJLŐDÉSŰ, KRÓNIKUS BETEG CSECSEMŐ-, KISDED ÉS KISGYERMEKKORI MEGBETEGEDÉSEK ESETÉN (5–6. ÓRA)

3.1. ALTÉMA: GONDOZÁS FOLYAMATÁNAK FOGALMI MEGHATÁROZÁSAI

Feldolgozandó témák

- Gondozás fogalma, céljai, színterei,
- Gondozottak köre
- Gondozás feladatai
- Gondozási folyamat

A gondozás folyamatának fogalmi meghatározásai altéma feldolgozása Dr. Berényi M, Hulényi Opláznik K, Dr. Kántor I., Dr. Kubinyi E, Maradáné Veréb V., Dr. Szédely N-K, Vargáné Dr. Molnár M. Gondozási kézikönyv (kézirat) projekt dokumentum felhasználásával történt.

A tartalom részletes kifejtése

Gondozás fogalma: A gondozás az egészségügyi ártalmakat megelőző és elhárító, a megfelelő fejlődést segítő, életkörülmények javítására irányuló családi és szervezett társadalmi tevékenység.

A VÉDŐNŐI GONDOZÁS

A védőnő holisztikus gondozási tevékenységet végez. Középpontjában a gondozott családok egészségvédelme, a betegségek kialakulásának megelőzése, valamint az egészségfejlesztés áll.

Szakmai feladatait elsősorban önállóan látja el, de folyamatos kapcsolatot tart és rendszeresen konzultál az egészségügyi (gyermekgyógyász, háziorvos, szülész-nőgyógyász szakorvos), gyermekjóléti, oktatási, szociális ellátórendszer, intézmények szakembereivel.

Szoros és személyes kapcsolatot tart a gondozottakkal, melynek során az egyéni szükségleteknek megfelelően különböző problémáikban (egészségügyi, szociális, mentálhigiénés) igyekszik tanácsot adni, segítséget nyújtani, melynek mértékét és fajtáját mindenkor a segítségre szoruló egyén egészségi, szociális és pszichés állapota határozza meg.

A védőnői gondozás célja a gyermekek alkalmazkodóképességének növelése, testi- lelki fejlődésének biztosítása.

A gondozás célja:

- a gondozásra szoruló egyén szükségleteihez igazodó segítségnyújtás, melynek mértékét és fajtáját mindenkor a segítségre szoruló egészségi, szociális és pszichés állapota határozza meg.
- a család/gyermek szociális/környezeti változás helyreállításának támogatása a változás nyomán követése
- nővédelmi gondozás, veszélyeztetettség megfelelő időben történő felismerése
- a gyermek egészséges fejlődésének, a család harmonikus légkörének elősegítése
- veszélyeztetettség esetén az állapotnak megfelelő fokozott gondozás

Színterei:

- család otthona,
- védőnői tanácsadó,
- házi gyermekorvosi, házi orvosi rendelő,
- közösségi programok színterei,
- bölcsőde, oktatási intézmények és egyéb gyermekintézmények.

A gondozottak köre: a védőnő a lakosság egy meghatározott körében végzi gondozási tevékenységét.

- az egészségesek közül a koruk miatt 0–16 éves gyermekeket, ha iskolások, akkor a 17–18 éveseket is gondozza. Sok esetben részt vesz a családgondozás keretén belül az idősek gondozásában is.
- gondozza a várandósokat és gyermekágyas anyákat és igény szerint gondozza a 18 év feletti nőket,
- segíti a családban az eltérő fejlődésű, értelmi fogyatékos gyermekek gondozását, valamint a megfelelő fejlesztő ellátásba való kerülésüket,
- a szociálisan veszélyeztetettek között igen sokrétű a védőnői feladat, amely elsősorban személyes gondoskodás, törődés formájában valósul meg. A védőnő ismeri a különböző segítő szervezeteket és azok erőforrásait. Segíti a családokat abban, hogy hozzájuszanak az említett szervezetek szolgáltatásaihoz.

Gondozási feladat:

- a gyermekeket veszélyeztető környezeti kockázatok ismerete, meghatározza a változtatás irányát, a prioritások kijelölésével meghatározza az együttműködés lehetőségeit,
- az ellátott jogainak biztosítása (személyiség jogok, adatvédelmi jogok),
- az egyén vagy szülők hajlandóságának megítélése a saját vagy gyermeke egészségének megóvásában,
- kerüljön előtérbe az öngondoskodás ösztönzése, támogatása,
- választási lehetőségek előnyben részesítése, alternatívák ajánlása,
- az egyén egészségügyi kulturáltságának fejlesztése,
- képessé tenni az egyént az egészség, mint érték felismerésére.

Gondozott egyénnel szembeni elvárások:

- megfelelő ismerettel rendelkezzen a saját egészségének megítéléséhez,
- lehetőségeihez képest mindent megtenni az egészsége megőrzéséért a részére adott információk birtokában,
- az egészségének megőrzéséhez nyújtott tanácsok, ismeretek, információk elfogadása,
- az egyén saját képességeinek fejlesztése.

A GONDOZÁSI FOLYAMAT MEGVALÓSULÁSA

1. Aktív felkutatás
2. Nyilvántartásba vétel
3. Gondozási szükséglet megállapítása
 - a) anamnézis felvétele
 - b) rizikófelmérés
 - c) szükségletfeltáró vizsgálatok
4. Gondozási folyamat megbeszélése
 - a) gondozási program készítése
 - b) megfigyelési szempontok
 - c) tájékoztatás, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása
5. Dokumentáció
6. Kapcsolattartás, konzultáció
7. Elégedettségmérés, értékelés

1. Aktív felkutatás

A védőnők földrajzi területi ellátásban végzik munkájukat. A területükön élő gondozottak felkutatása nem feladata, de sokat segít a személyes kapcsolat kialakítása a lakossággal, intézményekkel annak érdekében, hogy a védőnői gondozás mindenki számára elérhető legyen. Segítheti a tervezett gyermekvállalást és a várandósság egészséges lefolyását, valamint segíti, hogy megfelelő időben kerüljenek gondozásba a várandós nők, és ideális időpontban történjenek meg a szükséges vizsgálatok.

Újszülöttekről értesítést küld a szülőintézet a védőnőnek. Óvodás, iskolás gyermekekről az intézményekben szerez tudomást a védőnő.

2. Nyilvántartásba vétel

A védőnői gondozás a nyilvántartásba vétellel kezdődik. Regisztrálásra kerülnek az egyén megfigyelésének eredményei, a gondozottakkal kapcsolatos tények, ténykedések feljegyzése. Ma már egyre inkább terjed a számítógépes nyilvántartás, de sok helyen még a papír alapú dokumentáció az elsődleges. A dokumentáció körét jogszabály határozza meg.

Beleegyezés kérését, az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről megfogalmazza, hogy a tájékoztatáshoz és az önrendelkezéshez való jog, alapvető emberi jog.

A védőnői ellátás megkezdését, mint minden egészségügyi ellátását meg kell, hogy előzze az egyén szükségletének felmérése, az ellátást igénybe vevő tájékozott beleegyezése a gondozásba.

A gondozott tájékoztatása magában foglalja az ellátási folyamat során az igénybevevő számára szükséges ismereteket, a gondozás, rehabilitáció vagy továbbküldés szükségességét, az esetleges elutasítás veszélyeit, annak hivatalos módját.

Cél tehát a tájékozott beteg beleegyezésének elnyerése, amelynek hátterében a beteg örendelkezéshez való jogának tiszteletben tartása áll, hiszen a betegnek joga van ahhoz, hogy a kezelésével, gondozásával kapcsolatos döntésekben részt vegyen.

3. Gondozási szükséglet megállapítása

a) Anamnézis felvétele

Az anamnézis felvétele kikérdezés, személyes beszélgetés alapján történik.

A jó anamnézishez az előzményeket és panaszokat időrendi és lehetőleg oki összefüggések szerint csoportosítani kell. Anamnézis lépései:

- várandósdokumentáció, szülészeti anamnézis, kórházi zárójelentés, újszülött jelentés alapján,
- kockázatfelmérés (szomatikus) átlagostól eltérő v. kóros állapotok felismerése, szülői és rizikókérdőív alapján,
- kockázatfelmérés (szociális, környezeti) átlagostól eltérő v. kóros állapotok felismerése, szülői és rizikókérdőív alapján,
- szociális környezet, család, (örökbefogadás) anyagi, egzisztenciális, és a lakás adottságainak feltérképezése.

b) Rizikófelméreés

A rizikó megítéléséhez az alábbi területek monitorozása szükséges

- Öröklött tényezők
- Biológiai, egészségügyi, fizikai
 - Prenatális-teratogén tényezők
 - Perinatális tényezők
 - Postnatális tényezők
- Szociális tényezők
- Pszichés tényezők (szülők, gyerek)
- Családi nevelés, gondozás, fejlesztés
- Intézményi ellátás (hozzáférhetőség, igénybevétel, konfliktusok)
- Egyéb tényezők

c) Szükségletfeltáró vizsgálatok

Mindenkor hatályos irányelvek alapján.

4. Gondozási folyamat megbeszélése

a) Gondozási program készítés alapfunkciója a következő:

- meghatározza a fejlődés és változtatás irányát,
- meghatározza a prioritásokat: a számos igényből melyiket tekintik kiemelt fontosságúnak az adott időszakban,
- meghatározza az együttműködés lehetőségeit,
- magában foglalja az alternatívák feltárását,
- elemzi a jelen döntések jövőbeni kihatásait,
- kohéziót és közös célokat teremt az egyének számára, megadja az irányt a célkitűzések teljesítéséhez,
- meghatározza a szükséges tennivalókat, intézkedéseket, a kulcsszereplőket, a kommunikációs stratégiát, az ütemtervet és a források becslését az intézkedéseket, az eredményeket jelző értékelési mutatókat.

b) Megfigyelési szempontok

c) Tájékoztatás, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása

5. Dokumentáció

A mindenkor hatályos jogszabályoknak megfelelően szükséges vezetni a dokumentációt, a minőségirányítási szabályok figyelembevételével.

6. Kapcsolattartás, konzultáció

- gondozottal
- a gondozásban részt vevő társszakmák képviselőivel fokozott, folyamatos és szoros kapcsolattartás
- kívánatos, melyről pontos dokumentáció vezetése szükséges.

7. Elégedettségmérés, értékelés

A védőnő az egyes gondozási szakaszok végén a gondozás eredményességéről, illetve minőségéről, a gondozási terv lezárásakor önellenőrzés elvégzésével, elégedettségvizsgálatokkal győződhet meg.

Eredményes az ellátás, ha az ellátott és a szolgáltató a szolgáltatás minőségével elégedett.

Az ellátás minősége nem megfelelő, ha nem a szükségletnek megfelelően zajlott a gondozási tevékenység, vagy panasztétel történt.

Eredménytelen ellátás esetén, annak tényét, okait, körülményeit, a gondozott ellátásával kapcsolatos további teendőket írásban szükséges rögzíteni, és az ellátás minőségnek javítása érdekében meg kell tenni a szükséges lépéseket. Az elégedettségi kérdőív kidolgozásával a védőnő saját gondozási munkáját, tevékenységét ellenőrizheti.

Felhasznált irodalom

Dr. Berényi M., Hulényi Opláznik K., Dr. Kántor I., Dr. Kubinyi E., Maradáné Veréb V., Dr. Szédely N-K., Vargáné Dr. Molnár M.: Gondozási kézikönyv – kézirat. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal

3.2. ALTÉMA: EGÉSZSÉGES ÚJSZÜLÖTT GONDOZÁSI FOLYAMATA

Feldolgozandó témák

- Az egészséges érett újszülött jellemzői
- Az egészséges újszülött gondozási folyamata

Általános szempontok

A védőnői gondozás a hatályos jogszabályok, szakmai irányelvek, módszertani levelek alapján, a gyermek életkorának és egészségi állapotának, valamint családi környezetének figyelembevételével történik.

A gondozás célja:

- gyermek egészséges fejlődésének támogatása, és az ezt akadályozó tényezők felismerése, elhárítása
- a gyermek testi, lelki, értelmi, szociális fejlődésének nyomon követése,
- a gyermek fejlődéséhez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek átadása, egészségkárosodások elkerülése,
- kóros állapotok, betegségek, veszélyeztetettség megelőzése, korai felismerése, megfelelő szakellátáshoz irányítás.
- a harmonikus családi élet és a felelősségteljes szülői szerep kialakítása, támogatása.

Minden újszülött, csecsemő és kisgyermek gondozása a szülővel és a gondozást segítő védőnővel kötött megállapodás, együttműködés alapján történik. Az együttműködési megállapodás, hogy a szülő aktív részesévé válik a gyermeke egészséges fejlődését biztosító folyamatnak.

Az első találkozás nagyon fontos a szülő számára. Először szembesül azzal, hogy a gyermek egészséges fejlődését a védőnő és az orvos azonos szemlélet és azonos elvek szerint követi. Megerősödik saját kompetenciájában is, hiszen már előre jelzik a szakemberek, hogy fontos lesz számukra a szülői megfigyelés. A hírlevelek, tájékoztató anyagok olvasása olyan elméleti háttérrel ad kezükbe, amely megkönnyíti számukra a *Szülői kérdőív* gyakorlati alkalmazását. Már most hangsúlyozzuk, hogy minden gyermek fejlődésében megfigyelhetők egyéni eltérések. A kérdőívnek nem az a célja, hogy kétségbeessen, ha valamit nem teljesít

időben gyermeke, hanem hogy minél hamarabb felismerjük az esetleges problémákat és időben közbeavatkozhassunk, segíthessünk.

A szülői kérdőív célja a szülők gyermekeik fejlődésével kapcsolatos ismereteinek bővítése, a védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok munkájának segítése a fejlődési zavarok korai gyermekkorban való sikeresebb felismerése.

FELADAT

Csoportmunkában történik az altéma feldolgozása tanári instrukció alapján az alábbi eset alkalmazásával.

ESETISMERTETÉS

Az anya 23 éves friss diplomával rendelkező, munkanélküli.

Az első terhességét a 6. héten állapították meg, ekkor került terhesgondozásra. Várandósága zavartalanul fejlődött.

Az anya a 39. terhességi héten idő előtti burokrepedés miatt került felvételre a szülészeti osztályra. Fájdásokat nem érzelték, a méhszáj ujjnyi volt, részben kifejtett cervixxel, illeszkedett koponyával, tiszta magzatvízcsgórással szülőszobán obszerválták.

Felvételét követően 4 óra múlva renyhe fájástevékenység indult, amely nem eredményezett kellő szülésprogressziót, ezért oxytocinos infúzióval fájásfokozás történt. Ezután a szülés megfelelően haladt, majd 7 óra múlva spontán szövődménymentes szülés zajlott le.

3250 g súlyú fiú magzat jött a világra, Apgar 9-9 értékkel.

A gyermekágyi szak eseménytelen, az anya rendszeresen szoptatott. A szülés utáni 4. napon az anya az újszülöttel együtt távozott.

A család anyagi és szociális helyzete: Albérletben laknak, 1 szoba, konyha, fürdőszoba. Anyagi helyzetük – szülői segítséggel – átlagos. Férje egyetemi hallgató.

1. Aktív felkutatás – Dokumentációs feltételei

A Hallgató jegyzetei

.....

2. Egészséges újszülött/csecsemő/kisgyermek nyilvántartásba vétele

A Hallgató jegyzetei

.....

3. Dokumentáció

A Hallgató jegyzetei

.....

4. Konzultáció, kapcsolattartás

A Hallgató jegyzetei

.....

5. Elégedettségmérés, értékelés

A Hallgató jegyzetei

.....

Gonozási szükséglet megállapítása

Csoportmunkában történik a „Gonozási szükséglet megállapítása” rész tanári instrukció alapján a fent közölt eset alkalmazásával.

A) Anamnézis felvétele

Az anamnézis felvételére a család otthonában az első látogatás alkalmával kerül sor.

Részei:

- kikérdezés, beszélgetés a várandósság és szülés idejéről, lefolyásáról, esetleges szövődményeiről, újszülött állapotáról, táplálásáról, kórházi adaptációjáról;
- várandósdokumentáció, szülészeti anamnézis, kórházi zárójelentés áttekintése, az információgyűjtés terjedjen ki az alábbiakra:
 - várandósság lefolyása,
 - szülés ideje, lefolyása, esetleges szövődménye,
 - újszülött életjelenségei, Apgar-értékei, testi paraméterei, esetleges sérülései, táplálása, szopási készsége,
 - adaptációs problémák, lezajlott betegségek, fertőzések, súlyvesztés, súlygyarapodás,
 - kötelező újszülöttkori szűrővizsgálatok és védőoltások megtörténte.

A Hallgató jegyzetei

.....

B) Rizikó- és protektív faktorok felmérése

Rizikó- és protektív faktorok	Az adott esetre vonatkozó felmért, rizikó- és protektív tényezők
Öröklött tényezők	
Biológiai, egészségügyi, fizikai	
Prenatális – teratogén – tényezők	
Perinatális tényezők	
Postnatális tényezők	
Szociális tényezők	
Pszichés tényezők (szülők, gyerek)	
Családi nevelés, gondozás, fejlesztés	
Intézményi ellátás (hozzáférhetőség, igénybevételel, konfliktusok)	
Egyéb tényezők	

C) Szükségletfeltáró vizsgálatok

A Hallgató jegyzetei

.....

FELADAT

Csoportmunkában történik a „Gondozási folyamat jellemzőinek” rész feldolgozása tanári instrukció alapján.

A kipontozott hiányzó részeket a gondozási folyamat jellemzőire vonatkoztatva kell kitölteni.

Lényeges a gondozási cél tekintetében a közös vélemény kialakítása. Ezért az elkészített gondozási programot közösen meg kell beszélni a szülővel. Kívánatos, hogy a védőnő részletes tájékoztatást adjon az igénybe vehető tanácsadásokról, megállapodjanak a családlátogatások gyakoriságában és időpontjaiban.

A) KÁRTYA: A gondozás színterei

a kórház

.....

..... (szükség esetén az orvosi rendelő)

közösségi programok színterei

Tanácsadás

Védőnő látogatások rendje

Tájékoztatás

A tájékoztatás terjedjen ki a gyermeket nevelő anyát/törvényes képviselőt megillető jogokra és kötelezettségekre, valamint a gyermek ellátásával, gondozásával kapcsolatos történésekre, ismeretekre, elvárásokra:

Szülő feladatairól

Fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a megváltozása esetén, tájékoztassa erről a védőnőt.

A védőnő feladata tájékoztatni a szülőt a kötelező és való megjelenés fontosságáról, és hogy ezeken való megjelenések alkalmával a „..... Könyv”-et vigye magával, valamint tudatosítani kell a szülővel e dokumentum jelentőségét és megőrzésének fontosságát.

Továbbá tájékoztatni kell a szülőt az egészségügy által javasolt egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségéről, a kötelező védőoltásokról, a védőoltásokon, szűrővizsgálatokon való megjelenés fontosságáról. Fel kell hívni a figyelmet a „Szülői kérdőív” kitöltésének fontosságára, szükség esetén segítséget adva annak kitöltésben.

Szükséges tudatosítani a szülőknél, hogy betegség, illetve betegségre utaló tünet, kóros elváltozás, eltérés észlelése esetén a védőnő és házi orvos/házi gyermekorvos felé.

Egészségügyi ellátásról

Ezen belül kerülhet sor a védőnői rendjének ismertetésére, a közösségi programok, szervezett csoportos foglalkozások, egészségmegőrzési, fejlesztési lehetőségek ismertetésére, valamint a területileg illetékes orvosi ellátásról, szakellátásról. A védőnő ismerteti a védőnői szűrővizsgálatok, idejét, menetét, jelentőségét.

Szociális a hatályos rendeletek szerint.

Agondozáségszének, vagy egyrészesének megtagadása esetén a szülőnek aláírt, kell készíteni, amelyet a védőnő , és ezt jelentenie kell a és Erről a jelentési kötelezettségéről a szülőt tájékoztatja.

B) KÁRTYA: Az érett újszülött jellemzőinek megfigyelése

Megfigyelési szempontok

Az életkoronként nyomon követni a megfigyelési szempontokat és a legfontosabb tanácsadási lehetőségeket, szükségleteket.

Bármely rendellenesség, tartós elváltozás, eltérés esetén orvoshoz irányítás szükséges.

0–2 hónapos csecsemő megfigyelési szempontjai

Mivel a megfigyeléshez az újszülött levetkőztetése szükséges, fontos, hogy a csecsemő levetkőztetése előtt a védőnő alaposan mosson kezet, ezzel is eleget téve a higiénés követelményeknek, valamint ezzel példát is mutat.

• testi jellemzők

- bőr: szín, kiütés, anyajegy, vérzés, gyulladás, sérülés, foltok, hőmérséklete, turgor, rugalmasság, oedema

- haj, szőrzet
- fej: alakja, kutacs nagysága, kutacs feszsége, lüktetése, behúzóadás, elődomborodása, fejduzzanatok tapintása
- arc: szimmetria, karakter, arckifejezés
- szem, fül: alak, nagyság, épség, szín, váladékozás, vérteltség, szimmetria
- nyak: tartás, nyaki duzzanat
- mellkas: szimmetria, deformitás, emlők
- felső végtagok: sérülések, izomtónus, hajlatok, tartás, bénulások, fejlődési rendellenességek
- has: alak, előboltosulások (sérv), tapintás, vénás hálózat
- köldök: állapot, csomok, gyulladás, váladékozás, fungus
- nemi szervek: fejlettség, herék (leszálltak-e?) nagyajkak (nincsenek-e összenöve?) fejlődési rendellenesség, sérv
- alsó végtagok: sérülések, csípők állapota, hajlatok, izomtónus, tartás, bénulások, lábszár, lábujjak, lábfej, fejlődési rendellenességek
- hát, gerinc: fejlődési rendellenességek
- *testtartás*
- *elemi reflexek: kapaszkodási reflex, Moro-reflex, összeremenési reflex*
- *elemi mozgásminták: elemi járás, lebegő ültetés, asszisztált mászás*
- *széklet, vizelet (a vizelet sugárban történik-e?)*
- *anyai hormonhatások*

Feladatlap

A kipontozott hiányzó részeket az egészséges érett újszülött jellemzőire vonatkoztatva kell kitölteni, majd összevetni az adott esetben szereplő újszülött ismert jellemzőivel.

Testtömeg: átlag 3200-3500 g, fiúké nagyobb, lányoké kisebb.

Testhossz: átlag cm, fiúké nagyobb, lányoké kisebb.

Fejkerület: átlag cm.

Mellkerület: átlag cm.

A fej magassága a testhosszhoz viszonyítva nagy, annak

A törzs viszonylag hosszú, hengeres alakú, a mellkas széles, a has

A köldök a testmagasság felezővonalán van.

A végtagok, főleg a lábak a törzshöz viszonyítva

Bőr: halvány rózsás, sűrűsödött, magzatmáz (vermix caseosa) borítja, ami tápanyagokat, hormonokat tartalmazó, sárgásfehér, faggyúszerű, tapadós anyag, védi a magzat bőrét, néhány óra alatt felszívódik. A bőr tapintata bársonyos, pihe szőrzet (.....) legfeljebb már csak a vállakon látható.

A bőr alatti zsírszövet jól fejlett, rugalmassága, jó.

Körmök az ujjhegy szélét.

Talpredőzet határozott, a talp több mint 1/3-án túl. Koraszülötteknél nincs redőzet, esetleg, csak halvány vörös csíkok látszanak a talp elülső felén.

Koponya: Érett újszülött koponyacsontjai összeérnek, de a varratok nincsenek elcsontosodva. Nagykutacs és kiskutacs tapintható

Fülkagyló kialakult,

Emlőbimbók jól láthatóan kiemelkednek, az emlőmirigyek tapinthatók.

Nemi szervek: Fiúknál a herezacskók redőztek, a herék A praeputium feszes, és letapadt.

Lányoknál a nagyajkak zártak, a kisajkakat.

Testhelyzet: Hanyatt fekvő helyzetben az újszülött alsó végtagjait csípőben és térdben, felső végtagjait könyökben behajlítva a feje mellett tartja.

Belső szervek: máj a testsúly 5%-a, relatíve nagyobbak a vesék, a mellékvesék és a thymus is.

A rekeszizom magasabban helyezkedik el, emiatt és a szélesebb mellkas miatt az újszülött szíve a felnőtténél harántabb állású. Az újszülött gyomra helyzetű. Az újszülött agya a felnőttéhez képest Míg a felnőtt súlyának kb. 2%-át teszi ki az agy súlya, addig az újszülötté a testsúly 13-14%-a. A nagyagy barázdái kevésbé

Az újszülött mozgásai: spontán, összerendezetlen mozgások és feltétlen reflexek. A vérnyomás: Hgmm.

A látás fénykerülő és feltehetően csak a fényt és a sötétséget tudja megkülönböztetni, a szemétől 20–50 cm közötti távolságban lévő dolgokat látja jól.

A szaglás, az ízlelés és a tapintás kifejlett, ha nem is olyan finom, mint az élet későbbi szakaszaiban
Hőmérséklet: normálisan 36-37 °C. Megtartásában fontos az optimális környezeti hőmérséklet és az újszülött megfelelő ruházata. A hőszabályozása

Légzés: légzés szám percenként 35-40, ritmusa nem állandósul, az egyes légvételek különböző mélységűek

Pulzus szám: / perc

Vizelet: megszületés után ürít vizeletet, mennyisége kezdetben kevés

Széklelet: első napokban magzatszurok (.....), harmadik naptól anyatejes táplálásnál az anyatejből származó széklelet keveredik a magzatszurokkal (színe zöldessárga), az első hét végére anyatejes széklelet (..... színű, szagú)

C) KÁRTYA: Az újszülött táplálásának, gondozásának, viselkedésének megfigyelése

A kipontozott hiányzó részeket az egészséges érett újszülött táplálásának, gondozásának, viselkedésének megfigyelésére vonatkoztatva kell kitölteni.

viselkedési jellemzők: nyugtathatóság, kontaktus

táplálási mód: gyakoriság, akadályok, készségek gondozási feltételek: pelenkázás, fürdetés ruházat
higiéniés

szoba páratartalma, fényviszonyok, szellőztethetősége

újszülött fekhelye,

anyatejes táplálás

alvási- ébrenléti periódusok

nutritív szopás, orális reflex

baleseti tényezők

vitamin követése

A megfigyelést, megtekintést követően szükséges rákérdezni az esetlegesen felmerülő problémákra, aggályokra, anya érzéseire.

D) KÁRTYA: a tájékoztatás, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása

A kipontozott hiányzó részeket a tájékoztatás, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása ismeretekre vonatkoztatva kell kitölteni.

0–2 hónapos csecsemő gondozásának segítése

mindennapi gondozás: szükség esetén megtanítása

fürdetés (előkészítés, biztonság,)

..... ápolás (higiénié)

öltöztetés (kényelmes, pamutruházat, öltöztetés sorrendje)

pelenkázás (előkészítés!)

levegőztetés (kezdet, szezonális, mindennaposág)

napoztatás (fokozatosság, fényvédelmi szabályok betartása)

fogás, tartás, testhelyzetek
 táplálás:
 szoptatás jelentősége, szorgalmazása, elősegítése
 szoptatás módja, helyes technikája, rendje, 6 hónapos korig tartó kizárólagos szoptatás ösztönzése,
 anyatej növelése
 vegyes illetve mesterséges táplálás tápszer, szükségletnek megfelelő táplá-
 lás, higiéné
 emlő fejése, helyes technikája, anyatej, teendők és lehetőségek a többlet
 anyatejjel
 módja, fontossága
 táplálás speciális esetekben
 D- és vitamin profilaxis
 kötelező, kötött szűrővizsgálatok
 szülői kérdőív kitöltésének segítése
 ajánlott és védőoltásokról, mellékhatások
 hegről
 napirend
 személyi és környezeti higiéné
 mozgásfejlődés elősegítése
 értelmi, beszédfejlődés segítése
 harmonikus anya-gyermek kapcsolat segítése
 baleseti veszélyforrások, és azok kivédése
 fejlődést veszélyeztető tényezők, egészségkárosító tényezők
 kóros állapotok, betegségek tünetei, ápolási teendők
, lázcsillapítás módja (a lázmérő és a lázcsillapítók ellenőrzése)
 gyógyszerbeadási módszerek
 szakirodalom, hiteles internetes források ajánlása, ismeretterjesztő szóróanyagok
 szociális kedvezmények, juttatások

Szülői kapcsolatos szülői feladatok, a csecsemő viselkedésének szülői meg-
 figyelésének szempontjai:
 Kezd-e kialakulni az alvás-ébrenlét váltakozásában?
 Éjjel időt átalszik-e evés nélkül, mint nappal?
 A szülők meglátása szerint sokat sír vagy csecsemő?
 Meg tudják-e különböztetni tudják-e legtöbbször miért sír?
 A szülő rá tud-e hangolódni a gyermek érzéseire, vágyaira?
 Pontosan a gyermek jelzéseit? A szülő-gyerek viszony harmonikusnak tű-
 nik-e?

Felhasznált irodalom

- Dr. Berényi M., Hulényi Opláznik K., Dr. Kántor I., Dr. Kubinyi E., Maradáné Veréb V., Dr. Szédely N-K., Vargáné
 Dr. Molnár M.: Gondozási kézikönyv – kézirát. Munkaanyag (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP 6.1.4 Koragyermek-
 kori program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Szakmai Irányelv Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban. Munkaanyag
 (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP 6.1.4 Koragyermek-
 kori program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatának elvégzéséhez. (2014)

3.3. ALTÉMA: A GONDOZÁS SZEMPONTJAI ELTÉRŐ FEJLŐDÉSŰ, CSECSEMŐ-, KISDED- ÉS KISGYERMEKKORI KRÓNIKUS MEGBETEGEDÉSEK ESETÉN

Feldolgozandó témák

- Alapfogalmak
- Szociális/környezeti szempontból veszélyeztetettek
- Egészségügyi gondozás szempontjai krónikus gyermek megbetegedése esetén
- Eltérő fejlődésű gyermekek gondozása

A gondozás szempontjai eltérő fejlődésű, csecsemő-, kisdéd- és kisgyermekkori krónikus megbetegedések esetén altéma feldolgozása Kereki J.: „**Majd kinövi (?)**” **Koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés** című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. A koragyermekkori intervenció szakaszai a felismeréstől az ellátásba kerülésig, szülők segítése. TÁMOP 6.1.4. projekt dokumentum felhasználásával történt.

Alapfogalmak

- Szociális/környezeti szempontból veszélyeztetettek
- Egészségügyi gondozás szempontjai krónikus gyermek megbetegedése esetén
- Eltérő fejlődésű gyermekek gondozása

A tartalom részletes kifejtése

Az alapellátás kulcsszerepet játszhat:

- a sajátos gondozást igénylő állapotok kialakulásának megelőzésében,
 - a veszélyeztetett gyermekek korai azonosításában (a korai diagnózis, gyanú felvetése az ő felelőssége is),
 - a már kialakult állapotnak a gyermek növekedésére és fejlődésére kifejtett káros hatások részleges vagy teljes ellensúlyozásában, valamint abban, hogy korán megfelelő szakellátáshoz jussanak.
1. Az orvosi gondozás fő feladata és célja, megtartani a gyermeket az egészséges fejlődési úton, korán észrevenni a kóros fejlődési irányt s visszafordítani jó irányba. Mindezt a kapuori szerepet a gondozó védőnő és gondozó orvos együtt látja el.
 2. A védőnő gondozó munkájában sajátos helyet foglal el a veszélyeztetettek gondozása, mely fokozott odafigyelést igényel az alapellátás részéről.

„Fokozott gondozás, olyan speciális ellátás, mely a következőket foglalja magában:

- gyakoribb családlátogatást, mint amit a jogszabályok, törvények az egészséges gyermekek számára előírnak
- gyakoribb védőnői tanácsadáson való megjelenést, mint amit a jogszabályok, törvények az egészségesek számára előírnak,
- a megfelelő társszakmákkal való szoros együttműködést,
- célzott, speciális tanácsok adását,
- módosított gondozási terv szerinti gondozást”.

A védőnői gondozás célja:

- a gyermek testi, lelki, szellemi egészséges fejlődésének biztosítása, iskolaérettség elérése,
- a gyermek egészségi állapotában bekövetkező változás követése,
- a krónikus állapot tovább romlásának és szövődmények kialakulásának megelőzése,
- a krónikus állapotnak megfelelő fokozott gondozás és látogatás,
- a fejlődéshez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek átadása.

Tehát a fokozott gondozás nem más, mint a veszélyeztetett gondozottak speciális egészségügyi – védőnői – ellátása.

A gondozási folyamat megegyezik az egészséges gondozással, de a megfigyelési szempontok és a tanácsadások az észlelt helyzettől függően változnak.

A védőnői gondozás a hatályos jogszabályok, szakmai irányelvek, módszertani levelek alapján, a gyermek életkorának és egészségi állapotának, valamint családi környezetének figyelembevételével történik.

HÁTRÁNYOS HELYZET

A gyermekvédelmi törvény alapján hátrányos helyzetű az a gyermek, aki rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult. Ezenkívül az alábbiak közül jellemző, hogy a szülő/gyám alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik VAGY a szülő/gyám foglalkoztatottsága alacsony VAGY a gyermek olyan lakókörnyezetben él, ahol az egészséges fejlődéshez szükséges feltételek nincsenek meg. Pl. szegregált városrészben; félkomfortos vagy komfort nélküli szükséglakásban él.

HALMOZOTTAN HÁTRÁNYOS HELYZET

Halmozottan hátrányos helyzetű az a gyermek, aki rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult és nevelésbe vett gyermek, vagy utógondozói ellátásban részesül. Halmozottan hátrányos helyzetű az is, akinél az alábbi jellemzők közül legalább kettő egyidejűleg fennáll: szülő/gyám alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik; a szülő/gyám foglalkoztatottsága alacsony; a gyermek elégtelen lakókörnyezetben él.

VESZÉLYEZTETETTSÉG

A veszélyeztetettség fogalmát a gyermekvédelem általánosan fogalmazza meg, ami magában hordozza annak a lehetőségét, hogy minden szakember más-más módon értelmezi azt. Ennek alapján a veszélyeztetettség egy olyan állapot, mely veszélyeztető magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében alakul ki, és ez a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza. A veszélyeztetettség nem akut állapot, hanem folyamat.

A Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete (MOGYESZ) részletesebb állásfoglalást ad arról, hogy mit is ért a fogalom alatt, ez már jobban segíti a gyermekvédelem szakembereit. Ebben a definícióban megfogalmazásra kerül a mulasztás, a körülmény mibenléte:

- ismétlődő/tartós fizikai, lelki bántalmazás, szexuális zaklatás, erőszak, elhanyagolás;
- ártalmas környezeti hatások, rossz interperszonális kapcsolatok.

VESZÉLYEZTETÉS

A gyermek alapvető fizikai és/vagy pszichológiai szükségleteinek tartós elhanyagolása és/vagy a gyermek bántalmazása.

Veszélyeztetett az a várandós:

Akinek az anamnéziséből következően, vagy a várandósság idején a várandós állapotából, betegségéből adódóan fennáll a várandósság megszakadásának veszélye, illetve bizonytalan a várandósság kiviselése. Veszélyeztetettség során a védőnő kiemelt gondozással, fokozottabb törődéssel, segíti a várandósság kiviselését. A veszélyeztetett várandósok gondozása okspecifikusan történik.

Veszélyeztetett gyermek:

Az újszülött, csecsemő, gyermek, akinek normális testi és/vagy szellemi fejlődését egészségi vagy környezeti tényezők károsan befolyásolhatják, és ezért a védőnő fokozott gondozását, ellenőrzését igényli.

Szociális/környezeti szempontból veszélyeztetettek:

- azok az újszülöttek, akik TBC-s környezetben élnek, és akiknek az otthoni gondozása, ellátása, ápolása nem megfelelően, megnyugtatóan biztosított,
- az anya személyében rejlő veszélyeztetettség esetén (alacsony kulturáltság, depresszió, agresszió, értelmi fogyatékoság, gondatlanság, szorongás, függőség),
- szociális depriváció, nehéz anyagi helyzet, tartós munkanélküliség a szülőknél,
- nem megfelelő komfortfokozatú lakás, zsúfolt élettér,
- gyermekjóléti szolgálat keretében védelembe vett gyermekek családja.

Szociális depriváció: anyagi javaktól való megfosztottság, szegénység, amelyet egyes állapotok (pl. a hajléktalanság, a munkanélküliség) okozhatnak, illetve tovább fokozhatnak.

Védőnői szempontból azokat a gondozottakat kell szociálisan veszélyeztetettnek tekinteni, akiknek (eltartottainak) létfenntartása oly mértékben veszélyeztetett, hogy azt csak külső segítséggel képesek biztosítani.

Ezen gondozottak esetében gyakran szociális helyzetük mellett életminőségük, egészségi állapotuk és életkörülményeik javítása érdekében is szükséges lépéseket tenni, de elsődlegesnek kell lennie a veszélyforrás megszüntetésére irányuló erőfeszítéseknek. Az anya és családja személyiségi jogainak tiszteletben tartásával, lehetőség szerint partneri viszony kialakításával kell az erre vonatkozó kérdésekről is beszélni.

Fel kell ismerni azokat a folyamatokat, családi és szociális helyzeteket, melyek a nem kielégítő fejlődés előidézői lehetnek. Ezt a rizikófelmerést rizikókérdőív és módszertani útmutató segíti.

A szociális/környezeti szempontból veszélyeztetett csecsemők gondozásával kapcsolatos védőnői teendők a következők:

- legyen az anya, illetve a család segítségére lelki támogatással és egészségneveléssel,
- a család alapvető életfeltételeinek a megteremtésében,
- elháríthatatlan egészségügyi, erkölcsi vagy szociális helyzet esetén gondoskodjon a gyermekvédelmi gondozásba vételről, fokozottan kísérje figyelemmel a családot.

SPECIÁLIS ELLÁTÁS – KÜLÖNLEGES ELLÁTÁS

„Speciális ellátásra szorul tágabb értelemben minden egyes gyermek, aki a gyermekvédelemmel valamilyen módon és formában kapcsolatba kerül. A gyermekvédelmi ellátás szempontjából speciális segítségre az a gyermek szorul:

- akinek családja nem biztosítja a gyermek számára a megfelelő fejlődéshez szükséges testi, lelki, erkölcsi feltételeket (bántalmazó, elhanyagoló család),
- aki olyan családi környezetben él, melynek környezeti hiányai vagy ártalmi miatt nem képes a megfelelő fejlődésre (veszélyeztető család),
- vagy akinek állapota, veleszületett fogyatékosága miatt a család nem tudja biztosítani azokat a környezeti feltételeket, melyben a fejlődése megfelelő lehetne.

A speciális/különleges (egészségügyi, pszichológiai, pszichiátriai, pedagógiai) ellátást a gyermek számára a szükséglet fennállásának kezdetétől folyamatosan biztosítani kell. Ennek hiánya tartós torzulást eredményezhet a gyermek fejlődésében.

A gyermekvédelmi törvény alapján az otthont nyújtó ellátás keretében megkülönböztünk különleges ellátást és speciális ellátást. (1. számú táblázat) A 0–7 éves korosztályra vonatkoztatva fontos, hogy a három év alatti gyermekek esetében félévente a speciális/különleges ellátás tekintetében felülvizsgálatot kell lefolytatni.

Az otthon nyújtó ellátás keretében	
a) különleges ellátást kell biztosítani	b) speciális ellátást kell biztosítani
a tartósan beteg, illetve fogyatékos gyermekek	súlyos pszichés tüneteket mutató gyermekek
a három év alatti gyermek számára	súlyos disszociális tüneteket mutató gyermekek
	pszichoaktív szerekkel küzdő gyermekek számára

1. sz. táblázat

Különleges ellátás – speciális ellátás fogalma a gyermekvédelmi törvényben

AZ EGÉSZSÉGÜGYI OKOKBÓL VESZÉLYEZTETETT CSECSEMŐ GONDOZÁSA

Az egészségügyi okokból veszélyeztetett csecsemők intenzív gondozást, speciális egészségügyi ellátást igényelnek.

A veszélyeztetett csecsemőket a védőnő az átlagosnál gyakrabban látogatja, és gondozási tervében kiemelt szerepet kell hogy kapjon a veszélyeztetettség okának fokozott megfigyelése, a védőnői, orvosi tanácsok betartásának ellenőrzése.

Az egészségügyi szempontból veszélyeztetett csecsemők gondozásával kapcsolatos védőnői teendők a következők:

- felhívja a figyelmet a rendszeres házi gyermekorvosi/háziorvosi, szakorvosi vizsgálatokon való megjelenés fontosságára, ismerteti azok jelentőségét, történéseit, menetét,
- segítséget nyújt a szakorvos által előírt terápia, gyógyszeres kezelés végrehajtásában,
- sajátos gondozói, ápolási feladatokat igénylő állapotok esetén megtanítja a szülőnek ezeket a gondozási műveleteket,
- támogatja az olyan környezeti feltételek megteremtését, amelyek a gyógyuláshoz nélkülözhetetlenek,
- részt vesz és segít a megfelelő személyi és környezeti feltételek kialakításában, intézkedést tesz a fertőző források megszüntetésére.

Az egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő, a krónikus beteg, eltérő fejlődésű és ezáltal speciális szükségletű gyermek és családja életviteléhez segítséget nyújt a területi védőnő, közreműködve a házi gyermekorvossal vagy szükség esetén más illetékes szakemberrel.

Legtöbb egészségügyi szempontból fokozott gondozásban részesülő várandós és gyermek alapellátása, gondozása a szakrendelések, szakellátások keretén belül történik, a védőnő fő feladata a nyomon követés és segítségnyújtás a gondozásban, család támogatása (tercier prevenció).

EGÉSZSÉGÜGYI GONDOZÁS SZEMPONTJAI A KRÓNIKUS GYERMEK MEGBETEGEDÉSE ESETÉN

A betegellátás középpontjában magától értetődően a beteg gyermek és az őt közvetlenül ellátó család áll. A krónikus betegségek ellátása a diagnosztizálást követően teammunkában történik.

- *A beteg és a család betegséggel kapcsolatos edukációja* az egészségügyi ellátáson belül megtörténik, a gyógyszeres és/vagy eszközös kezelés is beállításra kerül, ennek rendszeres kontrollja is megtörténik az egészségügyi ellátás keretein belül.
- *Az életminőséget meghatározóan befolyásoló otthoni „life-style managementben”*, ill. a nem-gyógyszeres kezelés kivitelezésének körülményeiben azonban segítséget igényel a család. Mivel a védőnő ismeri a család legszemélyesebb körülményeit (anyagi, szociális, interperszonális kapcsolati háttérét), ezért a közvetlen közelükben tud támogatást, tanácsadást nyújtani, esetenként egészségügyi megfigyelési szempontokat érvényesíteni. A betegekben és a családban az önálló életvitelhez való hozzáállást kell erősíteni, az egészségügyi, védőnői ellátásnak is erre kell helyeznie a hangsúlyt.
- *A terápia folyamatos, szakszerű otthoni kivitelezésében* az alapellátásnak van meg a lehetősége, hogy támogató segítséget nyújtson. A szupportív ellátásnak valamint az ápolási feladatoknak a szakszerű és pontos, de főleg folyamatos kivitelezése a beteg és/vagy fokozott ápolást igénylő állapotú gyermek esetén cseppet sem elhanyagolható jelentőségű, így az alapellátásnak a teammunkában igen jelentős szerepe van.

A gyermeknek egyre növekvő felelősséggel – érettségének, fejlettségi szintjének és betegséggel kapcsolatos ismereteinek arányában – részt kell vennie állapotának kezelésében.

Csecsemőkorban, kisdedkorban az idült betegség a növekedést és a fejlődést fékezheti, a gyermek táplálkozását, alvását, mozgáskészségét (környezetével szemben tanúsított érdeklődését), szenzoros képességeit befolyásolja. A testi deformitás, a funkció károsodása, a fáradékonyság megváltoztathatja a gyermek reakcióit, és a szülők magatartását is módosítja. A kisgyermekkorai önállósodása, uralma a testi funkciók felett, mozgásigénye károsodhat. Közösségbe kerülve korai szocializációja zavart szenvedhet.

Kamaszkorára felelősség- és saját egészségtudata későn vagy a kóros szülő-gyermek viszony miatt egyáltalán nem alakul ki.

A gondozás során a gyermeknek saját fejlettségi szintjén saját betegségéről meg kell magyarázni, mi is a baja. Mivel értelmi képességei állandóan változnak, egyre újabb magyarázattal kell szolgálni.

Mivel a szülők és a gyermek képzése, ismereteinek növelése igencsak fontos az eredményesség szempontjából, ennek koordinálása, segítése a gondozás része kell legyen.

Az alapellátás feladata a szakellátással való szoros kapcsolattartás, a szövődmények közös szemmel tartása, az otthonra ajánlott kezelések segítése, szükség esetén kivitelezése, a kompetenciák figyelemmel kísérése, a felelős kommunikáció mind a gyermek, mind környezete számára. A döntésekhez szükséges információk beszerzése, a gyermek önálló életre nevelésének támogatása. Ez általában igen időigényes tevékenység.

ELTÉRŐ FEJLŐDÉSŰ GYERMEKEK GONDOZÁSA

Az eltérő fejlődés (*atypical development*) megnevezés különböző tudományterületeken átívelő, nemzetközileg is többféleképpen értelmezett fogalmat takar.

Az eltérő fejlődésű gyermek a normál, tipikus fejlődésmentől valamely területen és időtartamban deviációt mutat. Az eltérő fejlődés a fizikai, motoros, intellektuális, szociális, emocionális vagy nyelvi területeken manifesztálódik. Az eltérő fejlődésment a korszerű

WHO–FNO értelmezésében is megjelenik, hiszen az egyén és környezete aktív viszonyáról beszélhetünk, s az egészségi állapot nem csupán a testi funkciók függvényeként értelmezendő. Ez a megközelítés a betegellátás szempontjából komplexebb, haladóbb szellemiségű, az egyént/gyermeket holisztikusan szemlélő gondolkodást takar. Mindemellett azt is jelenti, hogy egy-egy biológiai eltérés potenciálisan megváltozott fejlődésmenethez vezethet, de ennek nem kell feltétlenül bekövetkeznie. Az eltérő fejlődésű gyermekek csoportjába ugyanakkor – pszichológiai és gyógypedagógiai értelemben – a különböző fogyatékos/akadályozott gyermekek sorolódnak:

SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYŰ GYERMEK (SNI)

Ma Magyarországon a jelenleg érvényben lévő törvények értelmében sajátos nevelési igényű (SNI) gyermek az, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos, valamint halmozottan fogyatékos, autizmus-spektrum-zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.

A sajátos nevelési igényű gyermekek nevelése oktatása történhet a többi, egészséges gyermekkel együtt, vagy elkülönült formában, speciális nevelési-oktatási intézményekben is.

Az alábbiakban áttekintésre kerül, hogy mit is értünk mozgásszervi, érzékszervi, értelmi, beszéd-, halmozott fogyatékos alatt, kik is tartoznak az autizmus-spektrum-zavarral küzdők, avagy a pszichés fejlődési zavarral küzdő gyermekek közé.

MOZGÁSSZERVI FOGYATÉKOS GYERMEKEK

A mozgásszervi fogyatékos gyermekek valamely motoros funkciójukban akadályozottak. A mozgásszervi fogyatékos gyermekek csoportjában mind a kórok (etiológiai), mind a funkcióképesség (súlyossági fok, akadályozottság mértéke) szempontjából az egyének állapotát tekintve nagy változatosságot tapasztalhatunk. A korai életszakaszban bekövetkező központi idegrendszeri károsodások (agyi laesiok, nyitott gerinc), neuromusculáris kórképek (izomdisztrófiák), ortopédiai elváltozásokat eredményező állapotok (pl. végtaghiány, krónikus ízületi gyulladás, üvegcsontúság), balesetek (pl. áramütés), vagy krónikus betegségek következtében kialakult állapotok egyaránt vezethetnek az egyén fizikai cselekvőképességének akadályozottságához. Fontos rávilágítani arra is, hogy vannak állapotromlással járó és relatív állapotromlást mutató állapotok, valamint állapotváltozást nem okozó kórképek. A relatív állapotromlást mutató kórkép tipikus példája a cerebralis paresis (CP). A cerebralis paresis gyermek korai idegrendszeri károsodása nem változik, ám a gyermek mozgásfejlődése elmarad a kortársakétól, a gyermek életkorának előrehaladásával a motoros képességek területén egyre nagyobb eltérés mutatkozhat.² A mozgásszervi fogyatékossgal élő gyermek életútját döntő mértékben meghatározza akadályozottságának súlyossága. Esetükben a korai felismerés, a terápiás eljárások minél korábban való megkezdése kiemelt jelentőséggel

² Rethlefsen, S. A., Ryan, D. D., Kay, R. M. (2010): *Classification Systems in Cerebral Palsy*. Orthop Clin N Am 41 (2010.) pp. 457–467.

bír a későbbi életminőséget tekintve. Fejlesztésüket gyógypedagógus (szomatopedagógus), konduktor, gyógytornász végzi.

LÁTÁSSÉRÜLT GYERMEKEK

A látássérülés a szem, a látóideg vagy a látóközpontban történt károsodás következményeként alakul ki, amely megváltoztatja a gyermek megismerő tevékenységét, alkalmazkodóképességét, személyiségét. Orvosi értelemben látássérült mindenki, akinek a látása bármilyen tekintetben és bármilyen fokban sérült. A gyógypedagógia szerint látássérült az a személy, akinek ép látásteljesítményét 100%-nak véve (vízus [látásélesség]=1), maximális korrekcióval mérve, a jobbik szemén a látásvesztés a 67%-ot meghaladja (vízus<0,3), illetve látótér-szűkülete nem több 20°-nál.

A látássérült gyermekek között megkülönböztetünk vak, aliglátó és gyengénlátó gyermekeket. A vak gyermekek még fényt sem érzékelnek, az aliglátó gyermekek között vannak fényérzékelők, nagytárgylátók, ujjolvasók. A gyengénlátó gyermekek számára a látás a vezető érzékelési mód, esetükben a látás maximális kihasználására kell támaszkodni a fejlesztés során. Azonban az újabban megjelenő definíciók a funkcionalitásra törekszenek, a látássérült személy mindennapi életében megnyilvánuló problémákat tekintik a látássérülés kritériumának. A látásélességen kívül, a következő vizuális funkciók befolyásolják jelentősen a látás működését: kontrasztérzékenység, látótér, fényviszonyokhoz való alkalmazkodás, színlátás, szemmozgató funkciók, a vizuális ingerek feldolgozásának agyi funkciói.³

A gyermekkori látássérülést okozó leggyakoribb kórképek, pl. a retina megbetegedései (pl. ROP), a fénytörés rendellenességeivel kapcsolatos szembetegségek (pl. myopia), a szemgolyó elváltozásai (pl. glaucoma), a lencse illetve a látóideg megbetegedései (pl. cataracta, atrophia nervi optici) stb.

A látássérült gyermekek fejlesztése gyógypedagógiai (látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus -tiflopedagógus által nyújtott) megsegítést igényel, a mielőbbi felismerés, a korai ellátásba való bekerülés jelentősen befolyásolhatja a későbbi életutat.⁴

HALLÁSSÉRÜLT GYERMEKEK

A hallássérülés az érzékszervi fogyatékoság körébe tartozik, a fül, a hallóideg vagy a hallásközpontban létrejött károsodás következményeként alakul ki. A hallássérülés lehet egy- vagy kétoldali, szerzett (méhen belüli károsodás, koraszülés, fertőző megbetegedések) vagy öröklött.

A hallássérült gyermekek hallásvesztése a főbb beszédfrekvenciákon olyan mértékű lehet, hogy ennek következtében a beszédnek hallás útján történő megértésére nem vagy csak részben képesek. A halláskárosodás miatt a beszédben az érthető ejtés teljesen elmaradhat vagy erőteljesen sérülhet. Ez a későbbiekben hatást gyakorolhat a fogalmi gondolkodás kialakulására, így módosulhat a gyermek megismerő tevékenysége, személyisége.

³ Pajor Emese (2010.): *Látássérülés – Bevezető ismeretek*. ELTE BGGYK, Budapest

⁴ Gordosné, Sz. A. (2007.): *A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek*. In Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve. Kézenfogva Alapítvány, Budapest*, pp. 40–54.

Hallássérült gyermekek lehetnek nagyothallók, siketek és cochlea implantált hallássérült gyermekek:

- enyhe fokban sérült, nagyothalló gyermekek hallássérülése akadályozza a hangzó beszéd elsajátítását, a halláscsökkenés mértéke a súlyos kommunikációs zavartól egészen a normál nyelvhasználati szintig terjedhet.
- súlyos fokban hallássérült, siket gyermekek esetében a beszédterületben mért hallásvesztés mértéke 91 dB feletti, jellemző a hangzó beszéd kialakulásának képtelensége, a beszéd elsajátítása súlyosan nehezített. Természetesen a hallásvesztés mértéke, jellege, valamint a környezeti hatások jelentősen befolyásolhatják a gyermek fejlődését (megismerő funkciók, gondolkodás, személyiség).
- a hallásukat műtéti úton helyreállított (cochlea implantált) hallássérült gyermekek esetében egy-vagy két oldalon elvégzett hallásjavító műtétet követően közel ép hallás érhető el. Speciális orvosi vizsgálat szükséges annak megállapításához, hogy a gyermek alkalmas-e az eljárásra. A későbbiekben képessé válnak a hallásra épített kommunikáció elsajátítására. Fejlesztetőségük döntően függ a műtéti beavatkozás időpontjától.

Valamennyi hallássérült gyermek gyógypedagógiai (hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus – szurdopedagógus által nyújtott) megsegítést igényel, a sikeres fejlesztés feltétele a korai felismerés, fejlesztés, valamint a megfelelő készülékkel való ellátottság és a család együttműködése.^{5, 6, 7}

ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT GYERMEKEK

Az értelmi akadályozottság a közép-súlyos, a súlyos és a legsúlyosabb fokú értelmi fogyatékoság összefoglaló elnevezése. Az értelmi fogyatékoság fogalmát újabban az intellektuális képességszavar kifejezés kezdi felváltani, amely azokra a személyekre alkalmazható, akik az intellektuális-kognitív működések, valamint a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartás jelentős akadályozottságával jellemezhetőek. Pszichometriai kritériuma 70 IQ alatt határozható meg. Ezen belül az értelmi akadályozottság határát 50 IQ-nál húzhatjuk meg.⁸ Okai között szerepelhetnek örökletes zavarok, anyagcsere betegségek, kromoszóma-rendellenességek, valamint a várandósság alatt az anyát ért károsító hatások.⁹ Az értelmileg akadályozott gyermekek ellátása Magyarországon többnyire gyógypedagógiai intézményekben történik.

Tanulásban akadályozott gyermekek

„A tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikai okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve

⁵ Gordosné, Sz. A. (2004.): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

⁶ Gordosné, Sz. A. (2007.): *A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek*. In Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve. Kézenfogva Alapítvány*, Budapest, pp. 40–54.

⁷ 2/2005. (III. 1.) OM rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról

⁸ Lányiné Engelmayer, Á. (2012): *Intellektuális képességszavar és pszichés fejlődés*. Medicina, Budapest

⁹ Gordosné, Sz. A. (2007.): *A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek*. In Csobay, M. (szerk.) *A FECSKE Szolgálat kézikönyve. Kézenfogva Alapítvány*, Budapest, pp. 40–54.

kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak.¹⁰ A tanulási akadályozottság az iskolai tanulási helyzetekben megmutatókozó probléma, melynek gyanúja már az óvodáskor végén is tapasztalható. A tanulásban akadályozott személyek közé soroljuk az enyhén értelmi fogyatékos gyermekeket, valamint a tanulási képességeikben tartósan és súlyosan akadályozott gyermekeket. A gyermekek eltérő fejlődést mutatnak az érzékelés, észlelés, a mozgáskoordináció és a szociális-emocionális területeken egyaránt. Megfigyelést, gondolkodást igénylő feladatokban nehezebben teljesítenek, emlékezetük alacsonyabb szintű kortársaiknál. A tanulásban akadályozott gyermekek ellátása gyógypedagógiai fejlesztés keretében megoldható.^{11, 12}

Beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek (BTM)

A köznevelési törvény fogalmazza meg a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek (BTM) fogalmát, ennek alapján, az tekinthető beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermeknek, aki a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottság szakértő véleménye alapján az életkorához viszonyítottan jelentősen alulteljesít, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartásszabályozási hiányosságokkal küzd. Közösségbe való beilleszkedése, személyiségfejlődése nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat. Ellátásuk pedagógiai szakszolgálati feladat keretében valósul meg.

A gyermekvédelem területén is megfogalmazódik a beilleszkedési zavar (inadaptáció) fogalma, itt azonban a fogalom erőteljesebben a környezethez való alkalmazkodásra, a társadalomba való beilleszkedés hiányára koncentrálnak.

Autizmus spektrum zavarral élő gyermekek

Az autizmus spektrumzavar az egész személyiséget érintő károsodás, kialakulásának jellemzően (de nem kizárólag) biológiai és genetikai okai vannak, de a teljes spektrumot magyarázó etiológiai modelltől még messze járunk. Tünetei, megjelenési formái igen változatosak. Három viselkedési területet érint, a reciprok szociális interakciók, a reciprok kommunikáció és a rugalmas viselkedésszervezés széles skálán történő károsodása figyelhető meg, és ez jellegzetes viselkedésben nyilvánul meg.¹³ Az autista gyermekekre jellemzőek a társas viselkedési készségek-, a rugalmas gondolkodás-, kommunikáció területén tapasztalható hiányosságok, az egyenetlen képességprofil, a sztereotip viselkedés. A meglévő tünetek egész életen át megmaradnak, súlyosságuk az életkor előre haladtával enyhülhet, de akár fokozódhat is. Az autizmus spektrum zavarral élő gyermekek korai, szakszerű ellátása jellemzően gyógypedagógiai fejlesztés keretében valósul meg.¹⁴

¹⁰ Mesterházi (1998): *Nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*, BGGYTF, Budapest, pp. 54.

¹¹ Gaál, É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában*. In Illyés, S.(szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. BGGYTF. Budapest, pp. 429–461.

¹² Gordosné, Sz. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

¹³ Csepregi, A., Stefanik, K.(2012): *Autizmus spektrum zavarral élő gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest

¹⁴ 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról

BESZÉDFOGYATÉKOS GYERMEKEK

A nyelvfejlődési zavarral küzdő (korábban akadályozott beszéd- és nyelvfejlődésű) gyermek szenzoros, motoros vagy szenzomotoros problémája miatt a többi gyermekhez képest eltérően fejlődik. A beszéd fogyatékos gyermekre jellemző, hogy a kommunikációja zavart, hiányzik vagy a beszéde torzult, korszerűbb megfogalmazással élve: a hang-, beszéd-, illetve nyelvi fejlődésének mértéke és minősége jelentősen eltér tipikus társaiétól. Beszéd fogyatékos kisgyermeknél azonosítható a nyelvfejlődés zavara, pöszeség, orrhangzós beszéd, dadogás, hadarás. Ellátásuk minden esetben gyógypedagógiai (logopédiai) fejlesztést, terápiát igényel.^{15, 16, 17}

HALMOZOTTAN FOGYATÉKOS GYERMEKEK

Halmazott fogyatékoságról akkor beszélünk, ha azonos vagy eltérő, időben két vagy több, egymással nem közvetlen oki kapcsolatban álló különböző sérülés, károsodás keletkezett. A halmazódóan, párhuzamosan fennálló fogyatékoságok kialakulásáért leggyakrabban a központi idegrendszer komplex organikus sérülése felelős, aminek következtében egyszerre több fő vagy vezető tünet is kialakul (például mozgáskorlátozottság és értelmi akadályozottság, vagy vakság és siketség stb.). A személyiség különböző funkcióinak sérülése, akadályozott működése, több agyi reprezentációs terület károsodására utal, és nem következményesen (másodlagosan, harmadlagosan) kialakult fogyatékoságokkal állunk szemben. „A halmazottan fogyatékos személyek között jellegzetes típust képviselnek a súlyosan halmazottan fogyatékosok. Esetükben a leggyakoribb a súlyos, agyi eredetű mozgáskorlátozottság és a motoros beszédzavar kombinálódása, de súlyos értelmi fogyatékoság is előfordulhat. Az elmúlt 10 évben Magyarországon kialakult gyógypedagógiai gyakorlat alapján súlyosan-halmazottan fogyatékos gyermeknek tekintjük azokat, akik legalább két területen minősülnek fogyatékosnak és ezek közül legalább az egyik területen a legsúlyosabb minősítést kapják.^{18, 19} Az érintett gyermekek ellátása tartós gyógypedagógiai segítséget igényel, amelyet korai fejlesztés, rehabilitációs, rehabilitációs szolgáltatást végző intézményekben illetve speciális gyógypedagógiai intézményekben kaphatnak meg.

¹⁵ Gordosné, Sz. A. (2007): A gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek. In Csobay, M. (szerk.) A FECSKE Szolgálat kézikönyve. Kézenfogva Alapítvány, Budapest, pp. 40–54.

¹⁶ Gereben F.-né. et al. (2012.): *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. 2012 pp. 5–7.

¹⁷ 2/2005. (III. 1.) OM rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról.

¹⁸ Gordosné, Sz. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

¹⁹ Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (2001): Fogyatékos gyermekek jogai; halmazott fogyatékoság; halmazottan fogyatékosok; halmazottan fogyatékosok nevelése; normalizációs elv – szócikkek. In: Mesterházi Zs. (szerk.): *Gyógypedagógiai lexikon*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola Kar, Budapest, 83., 108–111., 137–138.

Komplex diagnosztika

A jogszabály szerint a szakértői bizottsági tevékenység keretében az intézmény szakértői bizottsága a gyermek komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá (szükség szerint, illetve sajátos nevelési igény gyanúja esetén) orvosi vizsgálata alapján szakértői véleményt készít. A komplex vizsgálat segítségével kerül megállapításra a gyermek sajátos nevelési igénye. A komplex vizsgálaton egy orvostól, pszichológusból, gyógypedagógusból álló team különböző vizsgálatok elvégzése alapján megállapítja a korai életszakaszban a megkésett fejlődés vagy a későbbi életkorban a fogyatékoság tényét, típusát, súlyosságát. A komplex diagnosztika keretei között kerül sor az orvosi vizsgálatra, ahol az organikus háttér kerül feltérképezésre. A probléma jellegéből fakadóan gyermek- és ifjúsági pszichiáter, csecsemő- és gyermekgyógyász, illetve gyermekneurológus szakorvos végzi el a gyermek általános egészségi státusával kapcsolatos, valamint a neurológiai-pszichiátriai státus leírásához szükséges vizsgálatokat.

A pszichológiai vizsgálat a különböző személyiség-összetevőkre, a gyermeki értelem fókára, és fejleszthetőségének mértékére mutat rá. A pszichológus a vizsgálati eredmények minőségi értékelését végzi, arra törekszik, hogy a kiderítse a gyermek teljesítménybeli maximumát, minimumát; valamint, hogy az aktuális teljesítmény háttérben milyen képességek, személyiségjegyek vagy a teljesítményt befolyásoló egyéb tényezők állnak.²⁰

A gyógypedagógus vizsgálja a gyermek teljesítményét annak tükrében, hogy a gyermeket milyen pedagógiai (kedvező vagy kedvezőtlen hatások érték); a társuló fogyatékoságainak meglétét, a különleges bánásmód keretében történő ellátásának szükségességét gyógypedagógiai vizsgálati eszközökkel (mozgás, rajz, beszéd, általános tájékozottság, szociális érettség stb.), a számára kedvező fejlesztési, nevelési, terápiás szintér, intézmény lehetőségét, majd arra javaslatot tesz.²¹

A vizsgálat részét képezi a gyermek megfigyelése egyéni és csoportos tevékenykedés közben, a szülővel történő beszélgetés, kikérdezés. A felállított diagnózis képezi az alapját a gyermekkel való foglalkozásnak, ez tartalmazza azokat a javaslatokat, melyek segítik a rehabilitációs, rehabilitációs munkát végző szakembereket.²² A komplex vizsgálat irányulhat a jelen állapot felmérésére (státusdiagnosztika), valamint a fejlődés, az állapot nyomon követésére (folyamatdiagnosztika).²³

A komplex diagnosztikát végző intézmények némelyike mozgásfejlesztő vagy mozgásterapeuta bevonását is fontosnak tartják a diagnosztikát végző teamben.

Koragyermekkorai intervenció

A koragyermekkorai intervenció mindazon szolgáltatások/ellátások összessége, amelyek az iskoláskor előtti, speciális segítséget igénylő gyermekekre és családjukra irányulnak.

²⁰ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, III. sz. melléklet

²¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, III. sz. melléklet

²² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, III. sz. melléklet

²³ Lányiné, E. Á. (1992.): *A pszichológiai és a pedagógiai diagnosztika néhány elméleti kérdése*. In Torda, Á. (szerk.) *Pszichodiagnosztika I.* Tankönyvkiadó, Budapest, pp. 5–12.

A koragyermekkorai intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a minősítésen és diagnosztizáláson át magában foglalja a különböző terápiás, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenciós elem. A speciális segítségnyújtás egyrészt a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, a család és a gyermek szociális befogadása érdekében történik.

KORAI FEJLESZTÉS

A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei: a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás. A köznevelés rendszere szabályozza a korai fejlesztést és gondozást, amely összességében a 0–5 éves korú gyermekekre irányul, szűkebben azonban a 0–3 év közötti gyerekek alkotják a célcsoportot, hiszen, ha a gyermek a harmadik életévét betöltötte, csak akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértő véleménye alapján az óvodai nevelésbe nem kapcsolódhat be. A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a pedagógiai szakszolgálati intézmény szakértői bizottsági tevékenységet végző tagjai tesznek javaslatot.

KORAGYERMEKKORI FEJLESZTÉS

A koragyermekkorai fejlesztés a 0–7 éves korú, hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek és családjaik számára biztosított fejlesztés, mely magában foglalja a gyermekek szakirányú gondozását, nevelését, valamint támogatás nyújtását a szülők számára. A gyermekek és a szülők részére szervezett gyermek- és családközpontú programok keretében lehetőséget biztosít a szülői ismeretek, gyermeknevelési készségek fejlesztésére, hozzájárulva ezzel a gyermekek magasabb színvonalú neveléséhez.

A koragyermekkorai fejlesztés célja a prevenció, a hátrányos gyermekek fejlődését kockázató tényezők csökkentése. A fejlesztés túlmutat a hátrányos helyzetű gyermekek intézményes nevelésén, komplex módon kiterjed a várandósságra, a szülés körüli időszakra, a születést követően pedig a minél korábban megkezdett, szakemberek által támogatott gondozási, nevelési folyamatra.

Egészségügyi szempontból azonban ezen állapotok sok esetben önmagukban nem kívának gondozást adott ellátórendszerben, de éppen a fejlődés és a környezeti/biológiai adottságok kölcsönhatásainak következtében a társuló problémák, komorbiditások gyakoriak, melyek szükségessé teszik az egészségügyi ellátást.

A mentális megbetegedések szinte minden esetben konvergálnak az eltérő fejlődésmentel, így külön említésük feltétlenül szükséges. „Kereki J.: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkorai intervenció rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. A koragyermekkorai intervenció szakaszai a felismeréstől az ellátásba kerülésig, szülők segítése

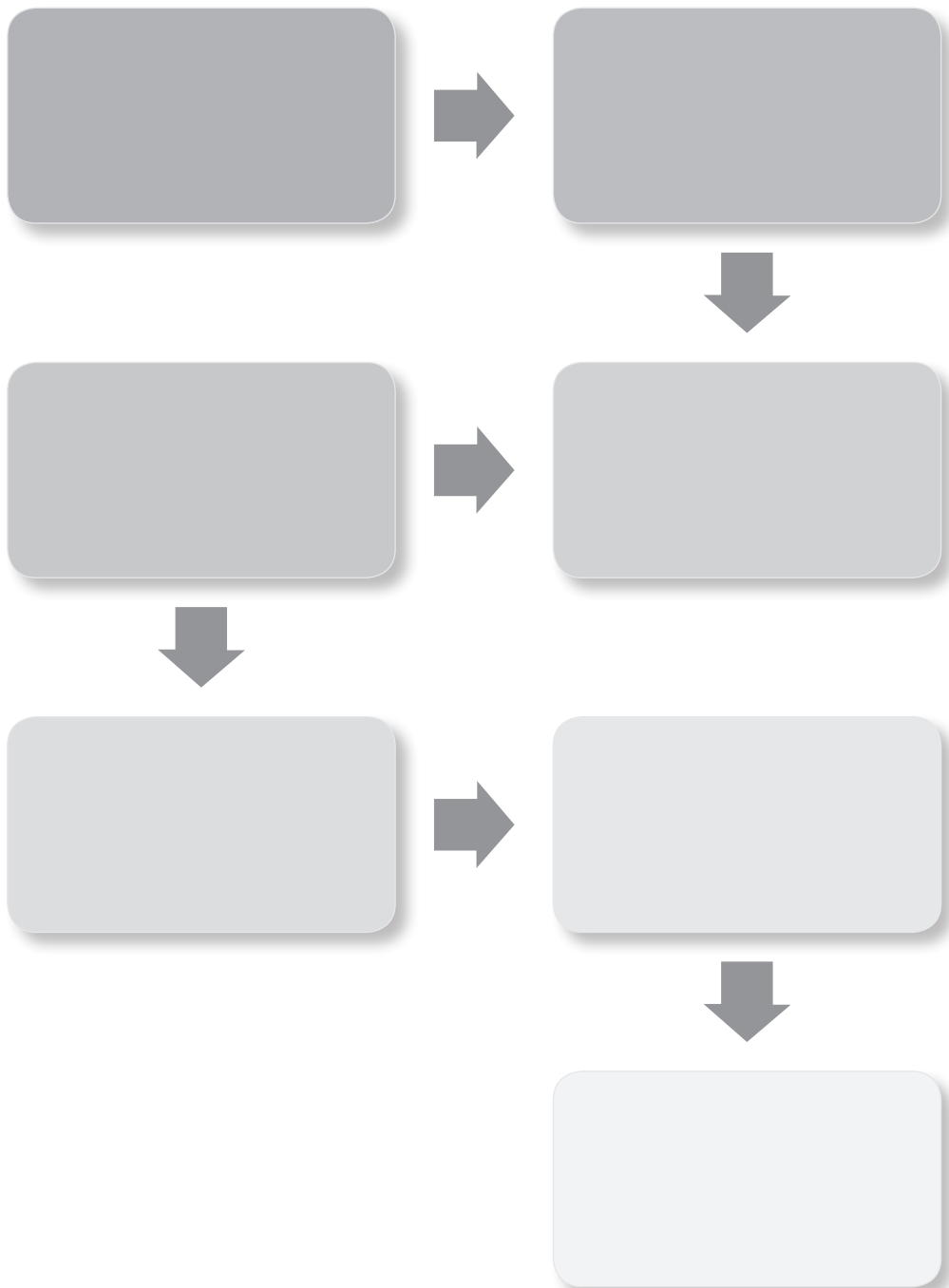
A krónikus betegségekben, speciális állapotokban közös nehézséget jelentenek:

- a kezelések anyagi terhe, ami a családra, és az egészségügyre is érvényes,
- az ápolás hosszú és megterhelő,

- nagyszámú ellátó és kezelésmód (időnként egymástól eltérő javaslatokkal),
- elszigeteltség és kirekesztettség (a betegségek viszonylagos ritkasága miatt),
- kiszámíthatatlanság (mind a lefolyásuk hosszan tartó volta, mind a sok tényező miatt, ami befolyásolja a kimenetelt),
- fájdalom (a legtöbb krónikus beteg gyermek sokkal több fájdalomnak van kitéve mind a betegség, mind a kezelések miatt, mint egészséges társaik),
- a gyermek mindennapi életére gyakorolt hatás (számos dolgot nem tehet meg, amit a többiek),
- feszültség és lelki teher mind a gyermek, mind a család, a környezet számára (az erre visszavezethető pszichológiai és magatartási nehézségek).

Felhasznált irodalom

- Kereki J.: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori Program (0–7 év), GYEMSZI.
- Dr. Berényi M., Hulényi Opláznik K., Dr. Kántor I., Kereki, J., Dr. Kiss, E., Dr. Kubinyi E., Maradáné Veréb V., Pajor, E., Dr. Stefanik, Dr. Szédely N-K., Vargáné Dr. Molnár M.: Fokozott gondozást igénylő várandós és gyermek gondozása. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Egészségügyi szakmai irányelv a 0–7 éves korú gyermekek nyilvántartásáról az alapellátásban. Munkaanyag (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Szakmai Irányelv Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban. Munkaanyag (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Órai feladathoz kapcsolódó segédlet – A gondozás folyamata

Órai feladathoz kapcsolódó segédlet – I. Szülői kérdőív 1 hónapos csecsemő

	Igen, rendszeresen gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Hason fekve, fejét rövid időre megemeli, majd átfordítja mindkét oldalra?			
2. Egyforma gyakorisággal mozgatja-e mind a négy végtagját?			
3. Nyugodt állapotban erős hangra összerезzen? (ajtócsapódás, kulcsleesés, tüsszentés stb.)			
4. Erős fényre hunyorog? (lámpa felkapcsolása, napfény)			
5. Alkalomtól függően (éhség, fáradtság, fájdalom stb.) megváltozik-e a sírás módja?			
6. Szoptatással (táplálással), ringatással, énekléssel, simogatással megnyugtatható?			
7. Megfelelően szopik, vagy jól eszik cumisüvegből? (Azaz ajkak, vagy közvetlen környékük érintésére kinyitja-e száját, majd szopáskor ütemesen szívó-nyelő mozgást végez? Nem csurgat, nem köhécsel.			
8. Kezd-e kialakulni rendszer a mindennapi tevékenységében? (Közel azonos időben való ébredés, alvás, étkezés)			



4. TÉMA: A SZÜLŐI KÉRDŐÍV SZEREPE A GYERMEKEK FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSÉBEN (7–8. ÓRA)

A Szülői Kérdőív téma feldolgozása a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0–7 év) kiemelt projekt keretében *Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez* című munka alapján történik.

4.1. ALTÉMA: A SZÜLŐI KÉRDŐÍV HASZNÁLATÁNAK VÉDŐNŐI FELADATAI. A SZÜLŐI KÉRDŐÍVEK SZEREPE A GYERMEKEK FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSÉBEN

Feldolgozandó témák

- A szülők tájékoztatása a Szülői Kérdőívről, a Kérdőív kitöltésének időpontja, a Kérdőív használata, értékelése, az adatok rögzítése, a következő Kérdőív kitöltésének előkészítése.
- A bevezetésre kerülő új koragyermekkori szűrővizsgálati rendszer fontos és az eddigi gyakorlatban nem használt eszköze a szülői megfigyelésen alapuló Szülői Kérdőív. A védőnő feladata a szülők tájékoztatása a kérdőívről, a kérdőív átadása-átvétele, értékelése, a szűrővizsgálat elvégzése, a kérdőív és a szűrővizsgálati eredmények megbeszélése a szülővel, az adatok rögzítése a dokumentációban és a következő szűrés előkészítése.

4.2. ALTÉMA: A SZÜLŐI KÉRDŐÍV KITÖLTÉSÉVEL KAPCSOLATBAN FELMERÜLŐ PROBLÉMÁK A SZÜLŐK OLDALÁRÓL

CSOPORTMUNKA

A kiscsoportok összegyűjtik és felírják azokat a kérdéseket, problémákat, amelyek a szülők részéről felmerülhetnek a kérdőív kitöltésével kapcsolatban, valamint a szülők várható reakcióit együttműködő és kevésbé együttműködő család esetében.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)

4.3. ALTÉMA: A SZÜLŐ ÉS VÉDŐNŐ EGYÜTTMŰKÖDÉSE A KORAGYERMEKKORI GONDOZÁSBAN ÉS NEVELÉSBEN

Feldolgozandó témák

- Az együttműködés fogalma
- A szülői és védőnői együttműködés közös jellemzői
- A szülői és védőnői együttműködés hátterének különbségei
- A szülői és védőnői együttműködést befolyásoló tényezők
- A nem megfelelő együttműködés következményei a szülők és védőnők oldaláról
- A szülői és védőnői együttműködést segítő módszerek

4.3.1. A szülők, a család és az egészségügyi dolgozók feladata és lehetőségei az optimális koragyermekkorai fejlődés figyelemmel kísérésében és segítésében

Az optimális koragyermekkorai fejlődés figyelemmel kísérése, segítése, illetve biztosítása elsődlegesen a szülők, a család feladata és lehetősége. Különösen fontos ez abból a szempontból, hogy a 3 éven aluli gyermekeknek még mindig csak 13%-a kap bölcsődei ellátást. Nemzetközi összehasonlításban ez az arány jelentősen alacsonyabb az OECD-országok 30%-os átlagánál, és messze elmarad Dánia, Hollandia és Norvégia 50%-ot is meghaladó értékétől. (Kisgyermek napközbeni gondozása – KSH, 2012 4. o.) Az alacsony igénybevétel hátterében többek között, a bölcsődei férőhelyek száma, a jelenlegi családtámogatási rendszer, valamint a kisgyermekes anyák igen alacsony foglalkoztatási aránya áll, így különösen érthető, hogy a családok miért maguk vállalják a napközbeni gondozást (KSH, 2012). Óvodai nevelésben a 2011/2012-es tanévben az óvodások (bruttó) részvételi aránya a 3–6 éves népességhez viszonyítva 86%, míg a 2012/2013-as tanévben az érintett korosztály 88%-a (Oktatási Adatok, 2012/2013). Jelenleg 5 éves kortól, 2014. szeptember 1-jétől – az új köznevelési törvény (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről) alapján három éves kortól lesz kötelező az óvodába járás. Az EMMI Köznevelésért Felelős Államtitkárságának álláspontja szerint a három éves kortól kötelező óvodába járás a gyermekek érdekeit szolgálja, a korai intézményes nevelés elsősorban azoknak kínál esélyt a sikeres iskolai tanulmányokhoz, akik nehéz körülmények között nevelkednek. A törvény 8. § (2) bekezdése – a későbbiekben is – lehetőséget ad arra, hogy a gyermek az ötödik életév betöltéséig felmentést kapjon az óvodába járás alól, ha családi körülményei, képességeinek kibontakoztatása, sajátos helyzete ezt indokolja. Ez engedélyt a jegyző (egyházi és magánintézmény esetében a fenntartó) adhatja a szülő kérésére, a védőnő és az óvodavezető véleménye alapján. Ez logikusan azt jelenti, hogy a felmentés kérvényezésére az óvodába való jelentkezés után kerülhet sor.

A laikus környezet azonban nem minden esetben rendelkezik megfelelő információkkal a koragyermekkorai fejlődésről, a szülők, a család, leggyakrabban csak azt veszi észre, hogy a gyermek állandóan valami problémát okoz, mert bizonyos képességei vagy viselkedése alapján eltér a család és/vagy a környezet által „elvárt”-tól.

A fent említett okok indokolják, hogy az első életévekben a gyermek-egészségügyi ellátásban dolgozók feladatai közé tartozik a fejlődés nyomon követése és a megkésett, vagy eltérő fejlődésű gyermekek minél korábbi felismerése, gyanújelek jelzése más szakemberek felé, szükség esetén a korai fejlesztés felé irányítani a szülőket és a gyermeket, valamint a fejlesztésben, illetve korrekcióban való részvétel, az ellátást végző szakember útmutatásának megfelelően.

4.3.2. Az együttműködés fogalma

FELADAT

Alkossanak párokat, majd a feladatkártyán szereplő együttműködés definíciók alapján készítsenek listát az együttműködés lényegi elemeiről!

Az együttműködés (kooperáció) mint a szociális viselkedés alapvető formája másokra irányuló olyan magatartás, amely – szándéka szerint – a legnagyobb közös előnnyel jár az érdekelt felek számára (Hewstone és mtsai, 2003).

Az együttműködés olyan folyamat, amelyben két vagy több személy vagy szervezet dolgozik együtt a közös cél elérésének érdekében (Wikipédia).

Az interperszonális kapcsolatokban fennálló szimmetrikus kölcsönös függés egyik formája az együttműködés. Az együttműködés kölcsönös pozitív függést jelent, mely kibontható a közös célokból (Bárdossy, 1999).

Az együttműködés létrejöhet egy meghatározott cél érdekében egyének között, szakmákon belül és szakmák között, intézményen belül és intézmények között, illetve ágazaton belül és ágazatok között, melyben az együttműködő felek saját eszközeikkel tevékenyen vehetnek részt (Budai, 2009).

„Az együttműködés együttes munkálkodást jelent. Ideális esetben az együttműködés egyenrangú partnerek között jön létre, akik közös cél elérésén munkálkodnak. A célt vagy maguk a résztvevők fogalmazzák meg, vagy kívülről tűzik eléjük. Az együttműködő partnereknek saját elgondolásaik, érdekeik és igényeik vannak, és mindezt magukkal hozzák a csoportba. De mások elgondolásait, érdekeit és igényeit is figyelembe tudják venni, és kompromisszumokat tudnak kötni. Az együttműködés folyamat, amelyet az embereknek mindig újból és újból végig kell csinálniuk, hogy olyan eredményre jussanak, amelyet az egyes ember egyedül nem érhet el.” (Walker, 1995. 112. o.)

Az együttműködés (kooperáció) a cselekvések egy vezérlő elve, egy cselekvési stratégia, mely vezethet stabilitáshoz és vezethet változáshoz is. (http://www.algyo.hu/adat-strategiak/AROP/munkahelyi_kapcs.pdf)

A megoldásokat a párok felváltva mutassák be, majd vegyenek részt a feladat megoldásának közös megbeszélésében!

Felhasznált irodalom

- Bárdossy I. (1999.): *A produktív tanulás főbb összetevői és feltételei*. Szerk.: Vastagh Zoltán. Kooperatív pedagógiai stratégiák az iskolában. JPTE, Pécs <http://mek.oszk.hu/01800/01813/01813.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 17.)
- Budai I.: Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka. *Esély* 2009/5. pp. 83–114.
- Hewstone, M. – Stroebe, W. – Codal, J. – Stephenson, G. M. (2003.): *Szociálpszichológia*. KJK – KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest
- Munkahelyi kapcsolatok: együttműködés és konfliktusok – Tanulmány. Megvalósító: Algyő Nagyközség Önkormányzata. Pályázat címe: „Átfogó szervezetfejlesztés Algyő Nagyközség Polgármesteri Hivatalánál” Projekt száma: ÁROP-1.A.2-2008-0048. Budapest, 2010. március – http://www.algyo.hu/adat-strategiak/AROP/munkahelyi_kapcs.pdf (letöltés időpontja: 2014. 03. 17.)
- Walker, J. (1995): *Gewaltfreier Umgang mit Konflikten in der Grundschule*. Frankfurt am Main, Cornelsen Scriptor, p. 115.
- Wikipédia – <http://hu.wikipedia.org/wiki/Egy%C3%BCTtm%C5%B1k%C3%B6d%C3%A9s> (letöltés időpontja: 2014. 03. 17.)

4.3.3. A szülő és a védőnő együttműködése a koragyermekkorai gondozásban és nevelésben: közös jellemzők; együttműködésük hátterének különbségei; együttműködésüket befolyásoló tényezők; a nem megfelelő együttműködés következményei a szülők és védőnők oldaláról

FELADAT

3-5 fős kiscsoportokban készítsenek kognitív (gondolati – ismerettérkép) térképet a szülő és védőnő együttműködésének jellemzőiről a következő szempontok figyelembevételével: a szülő és a védőnő együttműködésének közös jellemzői; különbségek a szülő és a védőnő együttműködésének hátterében; a szülő és a védőnő együttműködését befolyásoló tényezők; a szülő és védőnő nem megfelelő együttműködésének következményei a szülők és a védőnők oldaláról!

4.3.4. A szülői és védőnői együttműködést segítő elvek és módszerek

FELADAT

Gyűjtsenek a szülő és védőnő együttműködését segítő hatékony módszereket.

Felhasznált irodalom

- Balázs I. (szerk.): *A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Biztos Kezdet Kötetek II. Budapest, 2011. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (korábban Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet) – Gyerekesély project – www.biztoskezdet.hu (letöltés időpontja: 2013. 04. 29.)
- Herczogh M.: Koragyermekkori fejlesztés – <http://fejlesztok.hu/szekciok/fejlesztopedagogusoknak/79-koragyermekkori-fejleszttes.html> (letöltés időpontja: 2013. 04. 28.)
- Kisgyermek napközbeni gondozása – KSH 2012. november <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/kisgyermnapkozbeni.pdf> (letöltés időpontja: 2013. 04. 30.)
- Módszertani kézikönyv II. kötet – Szülők. Gyerekek – Szülők – Közösségek. Módszertani ajánlás a gyerekekkel, a szülőkkel és a közösségekkel végzett munkához a Biztos Kezdet program munkatársai számára <http://www.biztoskezdet.eu/uploads/attachments/szulokkotet.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
- Oktatási adatok, 2012/2013. Statisztikai tükrök. VII. évfolyam 32. szám – <http://www.ksh.hu/oktatasi> (letöltés időpontja: 2013. 04. 30.)
- Radványi K.: Szülők és szakemberek. ELTE http://mpstarsasag.hu/ordered/5085/pic/Rendezvenyek/MPSkonferencia2012/Orvosieloadasok/Radvanyi_K_Szulok_es_szakemberek_2012.pdf (letöltés időpontja: 2014. 03. 17.)
- Borbély S. (2012.): A szülők és mi – Szakmai és személyes összegzés a korai intervenció alapvető kérdéseiről és kommunikációs dilemmáiról. Budapesti Korai Fejlesztőközpont



5. TÉMA: AZ EGÉSZSÉGES CSECSEMŐ FEJLŐDÉSÉNEK ÁTTEKINTÉSE (9–10. ÓRA)

A részletes védőnői vizsgálati módszertannal csecsemőkorban a **Gyermek-alapellátási Útmutató alapján**, a megfigyelés módszere, a figyelemfelhívó jelek és a kivizsgálást igénylő állapotok felismerése, értékelése, közös értelmezése

5.1. ALTÉMA: 4 HÓNAPOS CSECSEMŐ VIZSGÁLATA

Feldolgozandó témák

- a 4 hónapos csecsemő jellemzői, fejlődési mérföldkövek
- szülői kérdőív
- részletes védőnői vizsgálati módszertan

A tartalom részletes kifejtése

5.1.1. A fejlődés legfontosabb állomásai 2–4 hónap között

A szociális mosoly megjelenésével párhuzamosan a látás és a hallás érzékelési terén is minőségi változások indulnak. A csecsemő hosszabban nézi édesanyját, hangjára már többször hangadással is válaszol.

A második és negyedik hónap között a végtagok hajlított tartása megszűnik, az ősi reflexek kialszanak, és a gyermek mozgásaiban egyre több akaratlagos mozgást vélhetünk felfedezni. Kezével és lábával egyre aktívabban rugdalózik, és ez a mozgás egyre összerendezettebbnek tűnik, már kevésbé véletlenszerű.

Tekintetével észreveszi a kezét, hosszan figyeli, ráébred, hogy ő maga mozgatja azokat. A tekintetnek és a kezek mozgásának az összekapcsolódása fontos állomás, ezt nevezzük szem-kéz koordinációnak és elengedhetetlen ahhoz, hogy a gyermek megtanuljon játékokért nyúlni, azokat megfogni, megtartani és változatosan játszani velük.

3 hónaposan a fejét már hosszan és könnyen megtartja középen, karjait felemeli a matracról és maga elé emeli. Kezét középen összehozza, és a szájába is veszi.

Térdét is felhúzza, esetleg meg is fogja. Hason fekve a csecsemő először oldalt, nagyon távol támaszkodik az alkarjára, majd könyökét egyre beljebb húzva 4 hónaposan már vállsúlyosságban helyezi rá a testsúlyát.

Játékára 4 hónaposan jellemző, hogy ébren töltött idejének minden pillanatát átszövi a kommunikáció. Ébredéstől kezdve jelzések és visszajelzések sora alakul ki szülők és gyermekük között. Megunthatatlan számára a „párbeszéd”. A hozzá intézett beszédből egyre több

érzelmet is kihallanak a csecsemők. Biztosan mosollyal reagál a gyermek, ha kedvesen, mosolyogva beszélnek hozzá, és lebiggyed szája, ha keményebb szavakat hall. Figyelmét a másik személy hosszasan leköti. Amikor nincs kivel beszélgetnie, akkor a kezét nézegeti, vagy a tárgyakhoz „beszél”. Szinte folyamatosan morog, nyög és kurjongat. A fellógatott játéktárgyakat ütögeti, karjának mozdulatát igyekszik finomítani. A tárgyakat megfogja és meg is nézi, szájába igyekszik gyömösölni. Amit elejt, az még egyelőre elvész a számára, de ha a talajon mellette valamibe beleakadnak az ujjai, akkor azt felemeli. Gyakran már oda is fordul ahhoz, amit talált, így látható, hogy oldalukon fekve is játszanak. 4 hónapos életkorra megtanulnak egyik testhelyzetből a másikba kerülni, először a hátukról az oldalukra fordulnak.

5.1.2. Szülői kérdőív (4 hónapos csecsemő)

	Igen, rendszeresen, gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Ha hasra fekteti, fejét felemelve, alkarján támaszkodik?			
2. Hátáról az oldalára fordul?			
3. Hason fekve, a körülötte lévő játékokért hol az egyik, hol a másik kezével <i>egyformán</i> nyúl?			
4. Tekintetével és fejfördítéssel <i>minden irányba</i> követi a mozgó tárgyat? (azaz oldalra, fel- és lefelé egyaránt képes erre)			
5. Kezét, középen összefogva szájához viszi?			
6. Háton fekve vagy félig ülő helyzetben tartva a középről nyújtott tárgyakért mindkét kézzel <i>egyformán</i> nyúl?			
7. Mindkét kezével <i>egyformán</i> markolászik? (pl.: haját, ruhát vagy takarót)			
8. A kezébe adott csörgőt megtartja, és bizonyos idő után mindkét keze el tudja engedni?			
9. Mosolyog vagy hangot ad annak érdekében, hogy ráfigyeljenek?			
10. Hason fekve, 10-15 percet önállóan eljárt-szik?			

	Igen, rendszeresen, gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
11. Ébren, nyugalomban külső inger (pl. hirtelen zaj, gyors közeli mozdulat, érintés) nélkül is gyakran összeressen?			
12. Hason fekve az oldalról nyújtott játékkért a másik kezével átnyúl? (azaz a jobbról nyújtott tárgyat is csak bal kezével fogja meg vagy fordítva)			

5.1.3. A 4 hónapos csecsemő részletes védőnői vizsgálata

A 4 hónapos csecsemő vizsgálatáról szóló film közös megtekintése. A hallgatók figyeljék meg, milyen területeket vizsgál, és milyen módszereket használ ehhez a védőnő a 4 hónapos csecsemő esetében.

Megfigyelési szempontok:

- fejlődési mérföldkövek
 - érzékszervek, érzékelés, észlelés (látás, hallás)
 - adaptáció, gondolkodás
 - preverbális képességek, kommunikáció
- szocializáció
- testi fejlődés és motoros képességek (nagy- és finommozgások/manipuláció)
- figyelemfelkeltő jelek és kivizsgálást igénylő állapotok

5. 2. ALTÉMA: KÜLÖNBÖZŐ KORÚ CSECSEMŐK FEJLŐDÉSÉNEK JELLEMZŐI

Feldolgozandó témák

- 1, 2, 6 hónapos csecsemők fejlődési jellemzői, a megfigyelési szempontok és figyelemfelkeltő jelek megismerése az eltérő fejlődés kiszűrésére.

CSOPORTMUNKA

A hallgatók kiscsoportokban összegyűjtik az 1, 2, 6 hónapos csecsemők fejlődési jellemzőit és a megkésett vagy eltérő fejlődésre utaló figyelemfelkeltő jeleket.

1 hónapos csecsemő

Fejlődési mérföldkövek

.....

Figyelemfelkeltő jelek és kivizsgálást igénylő állapotok

.....

2 hónapos csecsemő

Fejlődési mérföldkövek

.....

Figyelemfelkeltő jelek és kivizsgálást igénylő állapotok

.....

6 hónapos csecsemő

Fejlődési mérföldkövek

.....

Figyelemfelkeltő jelek és kivizsgálást igénylő állapotok

.....

5.3. ALTÉMA: 9 HÓNAPOS CSECSEMŐ VIZSGÁLATA

Feldolgozandó témák

- A 9 hónapos csecsemő jellemzői, fejlődési mérföldkövek
- Szülői kérdőív
- Részletes védőnői vizsgálati módszertan

A tartalom részletes kifejtése

5.3.1. A fejlődés legfontosabb állomásai 6–9 hónap között:

A 6. hónaptól a 9. hónapig egy nagyon fontos korszak zajlik a csecsemő fejlődésében: sok dologban szinte észrevétlenül minőségi változás és ugrás történik. A fejlődés összetettevé válik, a világ felfedezése az ébrenléti idő teljes időtartamában folyik. Ez alatt az idő alatt rendkívüli aktivitás, figyelem észlelhető a kicsinél. A csecsemőkori mozgásfejlődés leglátványosabb időszaka ez, melyet mind a felegyenesedésben, mind a helyváltoztatásban megfigyelhetünk: forog, négykézlábra áll, kúszni-mászni kezd, majd felül, esetleg feláll. Megteszi az önállóság első lépcsőfokait, és megéli saját kompetenciáját. A tér felfedezése során az ide-oda gurulás, majd kúszás-mászás közben egyre többször próbálja magát a csecsemő ülő helyzetbe tolni, hiszen a szemlélődéshez sokkal jobb a függőleges testhelyzet, ill. ülve felszabadulnak a karok a kutató manipulációhoz. Az új testhelyzet elősegíti azt a változatos és elmélyült tevékenységet, melynek során a gyermeket az érdekli, hogy annak a tárgynak, amit a kezében tart, milyen részei vannak, milyen tulajdonságokat tud felfedezni vele, mitől működhet. Alaposan veszi szemügyre a tárgyat és hosszasan, változatosan foglalkozik vele. Mindeközben meg is osztja élményeit más személlyel is: odafordulással, a tárgy odanyújtásával, hangadással. Hangadásai is egyre jobban felerősödnek, szívesen hangicsálnak, gagyognak a tárgyakkal való tevékenységük közben is. *Játéktevékenységére 9 hónaposan jellemző, hogy már helyet változtat és kíváncsian fedezi fel a környezetét.* A gravitációt legyőzve felül, összetett mozgással kúszik vagy mászik. Otthonában „bébibiztos” környezetet igényel, ha a lakásban szabadon van. Személyiségfejlődésében is fontos állomáshoz érkezik: ekkor kezd rájönni, hogy ő maga az a személy, aki tegnap volt. Megtanul félni is. A tárgyállandóság megszilárdulása után az élet folytonosságát fedezi fel. Nagyon különbözően viselkedik az ismerős és az idegen személyekkel. A tárgyak működését kutatja. Hangadása egyre változatosabb, bővül a repertoár a mássalhangzók terén, és azt hallhatjuk, hogy egy-egy hangkapcsolatot többször ismételtet egymás után. A ciklizálás során a beszéd ritmusát gyakorolja, halandzsászni kezd.

5.3.2. Szülői kérdőív (9 hónapos)

	Igen, rendszeresen, gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Önállóan felül?			
2. Kúszva vagy mászva helyet változtat?			
3. Négykézláb rugózik („kutyázik”)?			
4. Leeső játéknak, tárgynak utánanéz?			
5. Két tárgyat (pl.: játékot) megfog és egymással összeütöget?			
6. A játékot eldobálva várja, hogy visszakapja?			
7. Ülve, támaszkodás nélkül játszik? (Azaz nem görnyed előre, nem támaszkodik a széttett lába közé vagy a combjaira)			
8. Ismételt szótagokat? (pl.: ba-ba-ba, ma-ma-ma, te-te-te)			
9. Mozdulattal kísért, egyszerű utasításokat megért? (Pl. „Kérem!” „Nem szabad!” „Add a kezed!” „Gyere ide!” „tapsi-tapsi”, „pá-pá”).			
10. Idegenekkel másként viselkedik, mint az ismerősökkel? (pl. tartózkodó, visszahúzódik, bizalmatlanul néz, sírva fakad)			
11. Tükröképét élvezettel nézegeti? (pl.: a tükröt tapogatja, grimaszol, mosolyog, hangot ad)			
12. Tányérból, darabos ételt önállóan eszik, majszol? (pl. falatkát, kekszet, kenyérhéjat próbál rágni)			

5.3.3. A 9 hónapos csecsemő részletes védőnői vizsgálata

A 9 hónapos csecsemő vizsgálatáról szóló film közös megtekintése. A hallgatók figyeljék meg, milyen területeket vizsgál, és milyen módszereket használ ehhez a védőnő a 9 hónapos csecsemő esetében. A fejlődési mérföldkövek, figyelemfelkeltő jelek és kivizsgálást igénylő állapotok közös megbeszélése.

9 hónapos csecsemő

Fejlődési mérföldkövek

.....

Figyelemfelkeltő jelek és kivizsgálást igénylő állapotok

.....

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)

Szakmai Irányelv – Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban, 2014. Munkaanyag (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Egészségügyi szakmai irányelv a 0–18 éves korú gyermekek látásfejlődésének követéséről, a kancsalság és a fénytörési hibák felismeréséről, 2014. Munkaanyag (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkorai program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Egészségügyi Szakmai Irányelv a 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallás szűréséről, 2014 Kerek, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Őrzők*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal



6. TÉMA: AZ 1–3 ÉVES GYERMEK FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSE (11–12. ÓRA)

Az 1–3 éves gyermek fejlődésének nyomon követése Téma feldolgozása a TÁMOP 6.1.4. Koragymekkori (0-7 év) kiemelt projekt keretében készített *Gyermek-alapellátási Útmutató* alapján történik.

6.1. ALTÉMA: AZ 1–3 ÉVES GYERMEK FEJLŐDÉSE

Feldolgozandó témák

- Az 1–3 éves kised fejlődésére jellemző mérföldköveinek, főbb állomásai:
- Érzékszervek, érzékelés, észlelés
- Adaptív gondolkodás
- Kommunikációs-nyelvi képességek
- Szocializáció, énejlődés
- Önkiszolgálás
- Testi fejlődés és motoros képességek (nagymozgások, finommozgások/manipuláció) áttekintése

A tartalom részletes kifejtése

Megfelelő körülmények biztosításával, megteremtésével elősegíthetjük a gyermekek optimális fejlődését. Ennek biztosítása a szülők, gondozók, nevelők és az egészségügy közös hivatása és felelőssége. A védőnő végigkísérheti a gyermeket a fejlődés útján, figyelmével, tanácsaival elősegítheti ennek a folyamatnak az optimális alakulását.

Megfelelő körülmények között a gyermekek a rájuk jellemző egyéni ütemben fejlődnek, egyesek a szokásosnál lassabban, mások az átlagosnál gyorsabban. Ezeknek a gyermekeknek és az őket nevelő családoknak külön segítségre van szükségük, hogy a gyermek fejlődése a benne rejlő képességeknek megfelelően alakulhasson. Ehhez azonban ismerni kell a gyermekek egészséges fejlődésének menetét.

Fent a feldolgozandó témáknál felsoroltak szerint ismételjük át közösen, hogy melyek az 1–3 éves gyermek fejlődésének főbb területei.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)
Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

6.2. ALTÉMA: A 15 HÓNAPOS KISDED FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSE, KORSZERŰ VÉDŐNŐI SZŪRŐVIZSGÁLATA

Feldolgozandó témák

- Szülői kérdőív – 12 és 15 hónapos kised
- Vizsgálati útmutató – 12 és 15 hónapos kised vizsgálatához
- Részletes vizsgálati módszertan 12 és 15 hónapos életkorban

Ebben az életkorban a Szülői Kérdőív felvételét és a részletes orvosi vizsgálatot csak azoknál a gyermekeknél kell elvégezni, akiknél a 12 hónapos kérdőív vagy orvosi vizsgálat fejlődési zavar gyanúját vetette fel.

A tartalom részletes kifejtése

FELADAT

Nézzük meg közösen a 15 hónapos kised vizsgálatára című filmet. Figyeljük meg, hogy hogyan és milyen területeket vizsgál az orvos a kiseden.

FELADAT

Határozzuk meg, hogy melyek azok a fejlődési pillanatok, amelyek figyelemfelkeltő, vagy kivizsgálást igénylő állapotokra utalhatnak.

Esetfeldolgozás

Korábban utaltunk arra, hogy ebben az életkorban a Szülői Kérdőív felvételét és a részletes orvosi vizsgálatot csak azoknál a gyermekeknél kell elvégezni, akiknél a 12 hónapos kérdőív vagy orvosi vizsgálat fejlődési zavar gyanúját vetette fel.

Az eset feldolgozását megelőzően, ismételjük át azt, hogy mi is jellemző egy 12 hónapos gyermek viselkedésére és mozgásfejlődésére:

A viselkedés jellemzői 12 hónapos korban

Játéktevékenységére 12 hónaposan jellemző, hogy a tárgyakat összefüggésbe hozza egymással: kopácsol velük, összeütögetés mellett megpróbálja kivenni egymásból, belehelyezni egymásba azokat. Kísérletezései közben a játékeszközöket néha egymásra is akarja tenni. Leginkább a tárgyak polcra, kisasztalra, kanapéra való felhelyezése jelenti a ráhelyezést most még, de az

ügyes babák már kisebb tárgyakat is egymásra próbálnak illeszteni. Próbálgatják, gyakorolják, lépésről lépésre felfedezik hogy a dolgok attól függetlenül is léteznek, hogy ők nem látják azokat. A kiseded, ebben a korban örömmel, játszva keresi – másokkal együtt – „elveszett” babáját. Szólongatják, hívogatják, mindaddig, míg meg nem látják azt. *A tárgyállandóság mellett a szociális kapcsolatokat is erősítik* eközben. Szeretik a csiklandozást, a huncutkodást. Ebben a szakaszban a gyermekek már bútorokba kapaszkodva, falnak támaszkodva *felállnak*, és van, aki meg is teszi első önálló lépéseit. Az önálló (kézfogás és kapaszkodás nélküli) felállást és megállást is elkezdik gyakorolgatni. Azonban ha sietnek, messzire mennek vagy akadályokon kell átjutniuk, még inkább a mászást választják, ez a legbiztonságosabb mozgásforma számukra.

Milyen kérdésekkel tudunk rákérdezni a szülőnél a gyermek fejlődésére, játéktevékenységére vonatkozóan, mire érdemes rákérdezni?

- Szokott-e a gyermek több játékkal egyszerre játszani?
- Összefüggésbe hozza-e a játékokat egymással? (Pl. összeütogeti, egymásra vagy egymásba rakosgatja stb.)
- Szokott-e huncutkodni, szeret-e kukucskálni, bújócskázni?
- Mennyire mozgékony? Mekkora mozgástere van otthon?
- Érzelmi és fiziológiai állapotait korának megfelelően képes-e szabályozni?
- Korának megfelelően érdeklődő, motivált-e a világ megismerésére, vagy inkább passzív, nehezen felkelhető a figyelme, érdeklődése?
- A szülő rá tud-e hangolódni a gyermek érzéseire, vágyaira? Pontosan értelmezi-e a gyermek jelzéseit? A szülő-gyerek viszony harmonikusnak tűnik?

Az esetben szereplő Ákosnál 12 hónapos életkorban a területi védőnő a gyermek fejlődésében a következőt tapasztalta:

L. Ákos 12 hónapos csecsemő

Jó általános állapotú 12 hónapos csecsemő, testi paraméterei alapján életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 11 kg, testhossza 76 cm. 9 foga van, inye duzzadt, a darabos ételt könnyen elfogyasztja, nem válogat, minden ízt szívesen fogad. Mater egy hete naponta ad a csecsemőnek színtejét. Csendben játszik, az anya elmondása szerint ritkán szokott hangot adni játék közben. Néha halandzsázik, de szavak „beszedéből” nem vehetők ki. Ákos látogatáskor a szobájában a sarokban ülve játszik, egy tárgyat két kézzel fogva 10 percen keresztül rázogató, a szülő elmondása szerint gyakran csak ugyanazzal a játékkal hajlandó játszani. 5 éves fiútestvérel egyáltalán nem létesít kapcsolatot játék közben. Nehezen fogad el szülői kezdeményezést. Hallása épnek tűnik, a felszólításra sokszor sikító hangadással reagál, fejét rázza, sokszor nem néz a szülőre, amikor felszólítja, utasítja, megkéri valamire.

Mozgására jellemző, hogy gurul, kúszik, a legtöbbször mászva közlekedik a lakásban. Bútorba kapaszkodva már 2 hónapja feláll, de lábujjhegyen állva lépeget, sarkát nem teszi le. Kézmozgása koordinált, az ásványvizes palack kupakját az ujjak összeszorításával képes szülői segítség nélkül letekeríteni. Vékony lapú könyveket is ügyesen lapoz, azokat hason fekve nézegeti.

A látogatás során kitöltött Szülői kérdőív eredménye a következő volt:

	Igen, rendszeresen (gyakran, többnyire)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Bútorok mellett kapaszkodva, önállóan feláll? („Még nem” a válasz, ha csak segítséggel felállítva képes megállni.)	X		
2. Álló helyzetből, a földön lévő játékot felveszi? (Közben bútorba, falba kapaszkodhat vagy támaszkodhat egyik kezével.)		X	
3. Bútor/fal mellett oldalazva lépeget?		X (a szülő megjegyzi, hogy a csecsemő ezt is lábujjhegyen teszi meg)	
4. Gyorsan és célirányosan mászik?	X		
5. Dobozból (vagy tálból, fiókból) játékokat (vagy más tárgyakat) kipakol?	X		
6. Apró tárgyat hüvelyk- és mutatóujjával felcippent? (Pl. morzsát, szöszet.)	X		
7. Utánozza a látott mozdulatokat? (Pl. tapsi-tapsi, pá-pá.)		X	
8. Kérésre, de anélkül, hogy Ön segítené, ismerős tárgyakra rámutat? (Azaz Ön nem mutat, és nem néz rá a tárgyra, és úgy kérdezi pl. „Hol van a labda, lámpa, maci?” stb.)		X	
9. Ha valamit szeretne megkapni, amit nem ér el, akkor mutatóujjával rámutat a tárgyra?	X		
10. Iváskor a poharat döntve megtartja? (Még mellécsuroghat az ital.)	X		
11. Öltöztetésnél segít? (Pl. amikor a kezét a ruha ujjába illesztik, igyekszik átdugni, fölemeli a lábát a cipő, zokni vagy a nadrágszár fölhúzásához?)	X		
12. Ha nevéen szólítják, akkor odafordulva szemkontaktust vesz fel?		X	

Mater a kérdőívben szereplő kérdéseket megérti, de sokszor elbizonytalanodik, amikor a kérdéseknél a gyermek fejlődéséről neki kell megállapításokat levonni.

A védőnő jelezte az orvos és a szülő felé a Szülői kérdőív kitöltésekor felmerült fejlődési elmaradásra utaló gyanújeleket és megbeszéltek, hogy 15 hónaposan ismét részletes vizsgálatra kerül sor.

A szülő kérte a védőnő tanácsát arról, hogyan tudná ő maga is a gyermek fejlődését – kiemelten az értelmi képességek és a mozgásfejlődését – támogatni, segíteni, illetve a fejlődést „megéltetni”.

12 hónapos életkorban a következő vizsgálatok elvégzése szükséges – az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet alapján:

Házi/gyermekorvosok

- a) teljes fizikális vizsgálat
- b) idegrendszer vizsgálata
- c) rejtettheréjűség vizsgálata 2 éves korig, herék vizsgálata évente

Védőnők

- d) testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján
- e) a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, és magatartásproblémák feltárása
- f) érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően
- g) mozgásszervek vizsgálata, különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis)

Nézzük meg azt, hogy a területi védőnő Ákos 15 hónapos életkorában milyen fejlődési jellemzőket tapasztalt családlátogatás és a szülői kérdőív alapján.

L. Ákos 15 hónapos kiseded

Jó általános állapotú, 15 hónapos kiseded, aki testi paraméterei alapján életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 12,3 kg, testhossza 78 cm. 11 foga van, ínye duzzadtabb, nyálzik. Étvágya jó, a falatos ételeket kifejezetten kedveli, mater szerint „mindenevő”. A tejet kakaó formájában szívesebben fogadja. Két naponta ad még neki főzeléket általában hússal együtt, de azon gondolkodik, hogy most már nem fog neki külön főzni, ugyanazt akarja gyermekének kínálni, mint amit a többieknek, a felnőtteknek készít. Napirendjükre jellemző, hogy Ákos korán ébred, sokszor már 5 órakor ébred, de ébredését általában nem jelzi, csendesesen üldögél a kiságy sarkában. Az éjszakát átalussza, alvása nyugodt. Testvéreivel továbbra sem létesít különösebb kapcsolatot, játék közben nem is keresi a kontaktust testvéreivel. Mater ezt most már nagyon furcsának tartja, tanácstalan ezzel kapcsolatban. Sűrűn viszi játszótérre gyermekét, de úgy érzi, hogy az ő gyermeke „más” mint a többi, egyáltalán nem kerül kapcsolatba más gyermekekkel. A játszótéren többnyire egy helyben játszik, képes mindvégig egyfajta játékkal foglalkozni. Mozgására továbbra is jellemző, hogy ujjacskái kifejezetten „ügyesek”, apró dolgokat is felszed a földről, de közlekedni továbbra is többnyire mászva szokott. Feláll ugyan – bútorba kapaszkodva, illetve önmagától egyaránt –, de továbbra is lábujjhegyen lépeget, sarkát nem teszi le lépéskor. Mater napközben énekel és mondókázik, de ő úgy érzi, hogy ez a gyermekre „nincs hatással”. Érti azt, amit mondanak neki, de hanggal ezt sosem jelzi. A szülő tanácstalan, segítséget akar kérni a gyermekorvostól.

A 15 hónapos életkorban kitöltött Szülői kérdőív eredménye a következő volt:

	Igen, rendszeresen (gyakran, többnyire)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Önállóan, kapaszkodás nélkül, sarkát letéve megáll?			X
2. Önállóan, kapaszkodás nélkül, sarkát letéve jár?			X
3. Felnőtt méretű bútorokra felmászik? (Pl. székre, ágyra, heverőre)	X		
4. Ismerős dallamra dűnnyög vagy rázza, ringatja magát? (Pl. hinta-palinta, zsupp-zsupp, ismerős ritmus)		X	
5. Egyre több szót vagy szótöredéket ugyanazzal a jelentéssel mond? (Pl. kutya helyett <i>vau-vau</i> , kanál helyett <i>kanga</i> , tányér helyett <i>tá</i> , zsiráf helyett <i>áf</i> , kutya helyett <i>tya</i> , eszik helyett <i>esz</i> , stb.)		X	
6. Fiókba vagy vödörbe, dobozba, kosárba tárgyakat vagy játékokat betesz, belepakol?	X		
7. Tárgyakat egymásra tesz? (Kockákat egymásra, kekszet a tányérra, játékot a polcra, macit a párnára, edényre fedőt stb.)	X		
8. Szeret „bohóckodni”? (Akár maga is nevet a „közönségével”?)		X	
9. Kezdi felismerni, hogy melyik játék mire való? (Pl. autót tologat, babát ölel)	X		
10. Próbál másokat utánozni? (Egyszerű mozdulatokat tárggyal vagy anélkül, pl. lábával dobol, labdát rúg, dobál)	X		
11. Próbál vetkőzni? (Zoknit, sapkát, cipőt vagy kesztyűt levenni.)	X		
12. Próbál önállóan kanállal enni?	X		

Mielőtt elkezdjük az eset feldolgozását, ismételjük át azt, hogy mi jellemző egy 15 hónapos gyermek viselkedésére és mozgásfejlődésére.

A fejlődés legfontosabb állomásai 12–15 hónap között

A 12–15 hónapos kor között a *nagymozgások fejlődésében, gyakorlásában következik be a legszembetűnőbb változás*. Gyakran tapasztalható, érezhető, hogy ebben az időszakban a többi fejlődési terület, pl. a beszéd indulása vagy a manipuláció fejlődése kissé lelassul, várakozik, és inkább gyakorló játékokat játszik a kisdéd. Ebben az időszakban előfordulhat, hogy átmenetileg kevésbé köti le a gyermek a tárgyakkal való tevékenység, mindennel rövid ideig játszik, aztán indul tovább, mert nagyon élvezi, hogy bárhová eljuthat, új mozgásformákat gyakorolhat. Figyeljük meg tehát először, mi történik a mozgásfejlődés területén! A legtöbb kisgyermek *ebben az életkorban kezd el önállóan járni*. Egy- és másfél éves kor között a járás egyre összerendezettebbé és biztonságosabbá kezd válni. Ebben az életkori szakaszban a tér meghódítása számtalan lehetőséget kínál a *tárgyakkal való tevékenységek, fogások, elengedések, ráhelyezések gyakorlására*. Figyelik, *utánozzák a felnőtteket* a mindennapi tevékenységeikben. Szeretnek bohóckodni, ha közönségük van, megisméltik a mutatványt. Látványosan indul a beszédfejlődés is, egyre több dolgot megértenek és egyre több szót ki is tudnak mondani, *passzív és aktív szókincsük gyorsan gyarapszik*.

Viselkedési jellemzők 15 hónapos korban

Játéktevékenységére 15 hónaposan jellemző, hogy többnyire *funkciójuk szerint játszik a játéktárgyakkal*, eszközökkel, tudja melyik eszköz mire való, utánozza a felnőtt tevékenységeit. Élvezi a közös játékot. Szóbeli utasításra már *gesztus nélkül figyel, és teljesíti a kéréseket*. Felismer egy-egy dallamot, mondókat és ezt jelzi is verbálisan vagy egy-egy mozdulattal. A tárgyakkal kísérletezik, már nem csak kipakol mindent, hanem *vissza is tesz*, és egymásra is pakolgat. Papíron vagy bármilyen más felületen *élvezi a nyomhagyást*. Hangot ad, mutoogat, így fejezi ki a kéréseit. Néhány kisgyermek már szavakat használ. Kezdi érdekelni őket a másik gyermek, de még csak egymás mellett telepednek le. *Szívesen adnak oda valamit a felnőttnek vagy társuknak*. A legtöbb 15 hónapos kisgyermek már *önállóan jár*, a járás továbbfejlődése során azt figyelhetjük meg, hogy egyre tudatosabban és célirányosabban járkal a szobában, megtanul elindulni és megállni anélkül, hogy valamibe belekapaszkodna. *Képes irányt is változtatni* menet közben, és elkezdi *játékait hurcolgatni* fel-alá, húzogat és tologat dolgokat. A kisebb tereptárgyakat menet közben még inkább kikerüli vagy megpróbálja átlépni, de ha nagyobb akadályt kell leküzdenie, még visszavált a biztonságos mászásra. Ebben az életkorban már nagyon szeretnek *labdával játszani*, a mászás során kedvelt játék, hogy maguknak dobják vagy gurítják előre, és gyorsan utánamásznak. A labdadobás ekkor még nehezen megy állva, mert az egyensúlyi helyzetük nem elég biztos, inkább ülve labdáznak. A dobás mozdulata még merev és szögletes, nem is mindig sikerül a labdát a megfelelő pillanatban elengedni, megfogni csak a gurított labdát tudják.

Milyen kérdésekkel tudunk rákérdezni a szülőnél a gyermek fejlődésére, játéktevékenységére vonatkozóan, mire érdemes rákérdezni 15 hónapos kisdéd esetén?

- Mikor kezdett el önállóan járni?
- Mi a fő helyváltoztatási módja? (pl.: mászik, kúszik, feláll, lépeget stb.)
- Mit szokott utánozni? (pl.: hangokat, állatokat)
- Mely utasításokat érti már meg?

- Milyen jelentéssel bíró szavai vannak?
- Hogyan érteti meg magát a felnőttekkel? (hogyan jelzi szükségleteit, pl. éhségét?)

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)
Bajusz – Fiedler-Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

6.3. ALTÉMA: A 2 ÉVES KISDED FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSE, KORSZERŰ VÉDŐNŐI SZŰRŐVIZSGÁLATA

Feldolgozandó témák

- Szülői kérdőív – 2 éves kisdéd
- Vizsgálati útmutató – 2 éves kisdéd vizsgálatához
- Részletes vizsgálati módszertan – 2 éves kisdéd

A tartalom részletes kifejtése

FELADAT

Nézzük meg közösen a 2 éves kisdéd vizsgálata című filmet. Figyeljük meg, hogyan és milyen területeket vizsgál a védőnő és az orvos a kisdeden.

A fejlődés legfontosabb állomásai 18–24 hónap között

Másfél és kétéves kor közötti időszakban a szavak gyakoribb használatával párhuzamosan alakul az, hogy a tárgyknak már nem kell jelen lenniük ahhoz, hogy a gyermek gondolkodni tudjon róluk. Ez azt jelenti, hogy *a tárgy vagy cselekvés szimbolikus megjelenése* már nem a mozgásos sémák alkalmazását jelenti elsősorban. Az elvont gondolkodás megelőzi a cselekvést. Játékában érzelmi töltetű eseményeket játszik el, gondolzza babáját, eteti, fürdeti, lefekteti stb.

Ebben az időszakban megint nagyon sokat ügyesednek a gyermekek a mozgásban. Ehhez szükséges a *mozgáskoordináció*, az *egyensúlyérzék* és az *izomerő* fejlődése is. A járás továbbfejlődését több területen is megfigyelhetjük ebben az életszakaszban. Egyrészt a lépések egyre gyorsabbak és hosszabbak lesznek, a karok már kevésbé az egyensúly megőrzését szolgálják, hanem a járás sebességét, ruganyosságát fokozzák. Egyre inkább láthatjuk a váltott kar-láb szinkinézia kialakulását. A lábfejet nézve is láthatunk változást, kétéves korra kialakul a kezdetleges talpgördítés. A gyermek ebben az életszakaszban már nemcsak a sík felületen, hanem egyenetlen talajon, *nehézített terepen is tud járni*, és egyre nagyobb akadályokat

győz le járás során. Ebben az életkorban a gyermek felügyelet mellett, korlátba vagy falba kapaszkodva egyedül próbál fel- és lelépegetni a rövidebb (3-4 fokos) lépcsősoron.

Viselkedési jellemzők 2 éves korban

Játéktevékenységére, viselkedésére 2 évesen jellemző a kisgyermek spontán, belső késztetésből induló, szabad és örömteli tevékenysége, melyet önmaga szabályoz. Ha egy kisgyermek érzelmi biztonságban nevelkedik, akkor a világ megismerésének vágya *állandó tevékenységre sarkallja*. Két játékeszközt már nemcsak a funkciójuk miatt hoz összefüggésbe egymással, hanem azért, hogy azok együttese adja a játékához fontos kelléket, autóján szállít valamit, babáját ágyba fekteti. Játékában érzelmi töltetű eseményeket játszik el, *gondozza babáját, eteti, fürdeti, lefekteti stb.* Egyre több elemből építkezik, akár *3-4 kisebb tárgyat is egymásra pakol*, konstruál (lehet ez kocka, parafa dugó vagy lapos kavics is). A konstrukciós játéktevékenységét kiterjeszti más síkokra és irányokra is: nemcsak tornyot épít, hanem tud vonat, kerítést az állatoknak vagy garázsfallal az autóknak, ezeket az egyszerű cselekvéssorokat ügyesen megtervezi és kivitelezi. Figyeli a többieket, mellettük, de még nem velük játszik. Két szót vagy szókezdeményt összekapcsolva *egyszerű mondatot fűz* (pl. „Apa el.”). Nagy mozgásaiban kétéves korra a *lépcsőn járás* kezdetei mellett láthatjuk két új mozgásforma kialakulásának kezdetét: a *futás és az ugrás* megjelenését.

FELADAT

- *Jellemezzük egy 2 éves gyermek fejlődését, majd ezt követően figyeljük meg fejlődési területenként azt, hogy milyen tünetek hívhatják fel a figyelmet a fejlődésben való elmaradásra!*
- *Az esetismertetést követően jellemezzük egy 2 éves gyermek fejlődését, amit a védőnő családlátogatások és tanácsadások alkalmával megfigyelt!*

S. Áron 2 éves kised

K. Áron testi fejlettsége életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 14,5 kg, testmagassága 100 cm, 18 foga van. Étvágya jó, vizelete, széklete rendben. Egyre több szót használ, könnyen megérteti magát. A szülők rendszeresen mesélnek, énekelnek, amit Áron nagyon szívesen hallgat, és utánozni próbálja. Felnőttekkel, idegenekkel jól megérteti magát. Kúszik, mászik, önállóan lépeget, de néha még a bútorokba belekapaszkodik, és úgy lépeget. Lépegetéskor mozgása összerendezetlen. Autóval, hajóval szeret játszani, azok hangját utánozza. A szobatisztaságra nevelést egy hónapja kezdték meg, de Áron már többször is jelezte vizeletürítési szükségletét. Sokat játszanak a játszótéren, ahol a gyermekek szívesen fogadják őt.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)
Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.



7. TÉMA: A 3–6 ÉVES GYERMEK FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSE (13–14. ÓRA)

Az 3–6 éves gyermek fejlődésének nyomon követése Téma feldolgozása a Gyermek-alapellátási Útmutató *a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez* című munka alapján történik.

7.1. ALTÉMA: A 3-6 ÉVES GYERMEK FEJLŐDÉSE

Feldolgozandó témák

- A 3–6 éves kisgyermek fejlődésére jellemző mérföldköveinek, főbb állomásai:
- Érzékszervek, érzékelés, észlelés
- Adaptív gondolkodás
- Kommunikációs-nyelvi képességek
- Szocializáció, énfelődés
- Önkiszolgálás
- Testi fejlődés és motoros képességek (nagymozgások, finommozgások/manipuláció) áttekintése

A tartalom részletes kifejtése

Megfelelő körülmények biztosításával, megteremtésével elősegíthetjük a gyermekek optimális fejlődését. Ennek biztosítása a szülők, gondozók, nevelők és az egészségügy közös feladata és felelőssége. A védőnő végigkíséri a gyermeket a fejlődés útján, figyelmével, tanácsaival elősegíti ennek a folyamatnak az optimális alakulását.

Megfelelő körülmények között a gyermekek a rájuk jellemző egyéni ütemben fejlődnek, egyesek a szokásosnál lassabban, mások az átlagosnál gyorsabban. Ezeknek a gyermekeknek és az őket nevelő családoknak külön segítségre van szükségük, hogy a gyermek fejlődése a benne rejlő képességeknek megfelelően alakulhasson. Ehhez azonban ismerni kell a gyermekek egészséges fejlődésének menetét.

FELADAT

Röviden ismételjük át közösen, hogy melyek a 3–6 éves gyermek fejlődésének főbb területei a fent leírtak szerint

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)
Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

7.2. ALTÉMA: A 3 ÉVES KISGYERMEK FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSE, KORSZERŰ VÉDŐNŐI SZŪRŐVIZSGÁLATA

Feldolgozandó témák

- Szülői kérdőív – 3 éves kisgyermek
- Vizsgálati útmutató – 3 éves kisgyermek vizsgálatához
- Részletes vizsgálati módszertan 3 éves életkorban

Esetfeldolgozás

Mielőtt elkezdjük az eset feldolgozását, ismételjük át azt, hogy mi is jellemző egy 3 éves gyermek viselkedésére és mozgásfejlődésére:

A fejlődés legfontosabb állomásai 30–36 hónap között

Játékukban sokféle módozatban jelennek meg a tanult készségek. Van, amikor csak úgy tevékenykednek, rakosgatnak, pakolgatnak, dobálnak, pörgetnek, és cipelnek dolgokat egyik helyről a másikra. Különböző logikai összefüggések szerint képeznek kategóriákat. Összehordják az azonosakat, vagy azokat, melyek például funkciójuk szerint hasonlóak, mint a hangszerek, autók stb. Mivel sokat „lábatlankodnak” a felnőttek körül, játékukban egyre inkább megjelennek olyan elemek, amikor úgy tesznek, mint anya a konyhában, vagy apa vezetés közben, nagyfi, mikor varrja a család javítani való ruháit stb. Adott esetben a valós eszközöket behelyettesítik más tárgyakkal. Elmélyült játék közben nem számít, hogy egy bot a fakanál vagy egy kocka, esetleg nagyobb kavics a telefon, vagy a sapka szolgál kormánykerékent. Ez az a játék, amikor „úgy csinálnak, mintha”.

Viselkedési jellemzők 3 éves korban

Játékára 3 évesen jellemző, hogy főz, autót vezet, megvizsgálja a babáját az orvosi felszereléssel. A felnőttekkel való együttlétkor minden kisgyerek a maga szintjén válaszolhat a kérdésekre, képes részt venni beszélgetésben. A lényeg az, hogy vannak kérdések és válaszok, aztán ő kérdez, és várja a választ. A nagyobb gyerekek érdeklődésének tükrévént megjelenik egy rendkívül fontos kérdés: „Miért?” Aki ilyet kérdez, az már érti, hogy a világban a dolgok összefüggésben vannak egymással. Az ok okozattal jár, egy cselekedet következményekkel, és ezek mögött szándék rejlik. Rajzolásnál nyomhagyáskor kezdetben pöttyöz, lendületesen firkálgat, majd fokozatosan uralja a mozdulatot: vonalat húz minden irányban, irányítottabban firkálgat, és egyszer csak körbe-körbe lendül a karja.

A járásegysúly fejlődésével a gyermek képessé válik egyre keskenyebb felületeken végigmenni, lábait egyre jobban összezárja, és később egymás elé lépve „tyúklépésben” is próbál járni. Hároméves korra alakul ki a váltott lábas lépcsőzés, már nem csak felfelé, rövidebb lépcsősoron lefelé is sikerül kapaszkodás nélkül.

Milyen kérdésekkel tudunk rákérdezni a szülőnél a gyermek fejlődésére, játéktevékenységére vonatkozóan, mire érdemes rákérdezni?

- Szeret-e a szabadban, játszótéren lenni? Mit csinál, hogyan mozog?
- Miket szokott kérdezni? Néhány konkrét példát is felidézhet a szülő! Beszélgetések során mit szokott megkérdezni a gyermek?

Az esetben szereplő Lacikánál 3 éves életkorban a területi védőnő a gyermek fejlődésében családlátogatáskor a következőt tapasztalta:

L. László 3 éves kisdéd

Jó általános állapotú 3 éves kisdéd, testi paramétereit alapján életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 15 kg, testhossza 99 cm. 20 foga van, fogai ápoltak, naponta 3 alkalommal mos fogat segítséggel, amelyben ő is aktívan részt vesz. Étvágya jó, „mindenevő”, nem válogat. Kanállal tisztán, önállóan eszik, a villával egy-két hete kezdett étkezni, a poharat is ügyesen fogja. Napközben sokat játszik, kedvelt játéktevékenysége közé tartozik a toronyépítés. Az építőköcköt ügyesen rakosgatja egymásra és egymás mellé, játék közben türelmes. Mater nagyon sokat foglalkozik vele, naponta többször olvas Lacikának mesét, mondókáznak, verselnek, látogatáskor önállóan mondókázik. A számokat egytől ötig fel tudja sorolni, toronyépítéskor materral együtt számolni is szokták az építőelemek számát. Lacika látogatáskor szívesen beszélget a védőnővel, távozáskor a szomszéd néninek köszön, beszélgetésbe kezd vele. Beszéde érthető, az idegenek is megértik beszédét. Házimunkák végzésekor megfogja a porszívó csövet és segít az edények pakolásakor is. Tudja, hogy ő fiú. Örömmel mesélte el azt is, hogy tegnap voltak az óvodában, ahol megismerkedett a leendő óvó nénijével, akit Marika néninek hívnak. Elmesélte, hogy a gyerekek az óvodában mit csináltak, és azt is, hogy ő egy kék kisautóval játszott, amíg anyukája az óvó nénivel beszélgetett. Szobatiszta, éjszaka is felébred, szükségletét jelzi. Öltözködéskor mindent egyedül vesz fel, sokszor megmondja anyukájának, hogy milyen ruhát akar felvenni. Szeret a szabadlevegőn tartózkodni, így mater amikor csak teheti, játszótérre viszi gyermekét. A játszótéren könnyen létesít kapcsolatot az ott éppen játszó gyermekekkel. A játszótérre vagy motorral, vagy háromkerekű kishajóval mennek. Az ollóval nem olyan szépen tud még vágni, de próbálkozik, mater szerint azért nem sikerül szépen vágnia kislányának, mert Lacika a legtöbbször bal kezét használja – étkezni kizárólag bal kézzel eszik – és az olló nem „balkezes”. Az anyuka meseolvasást követően rajzolni is szokott, és néha a meseolvasást követően közösen készítenek el egy képet. Rajzaiból már fel lehet ismerni, hogy mit ábrázolnak azok.

Lacika szülei nagyon sokat foglalkoznak kislányával, készülnek az óvodai életre. Mater aggódik, úgy érzi, hogy nehezen fogja tudni „elengedni” Lacikát.

A látogatás során kitöltött Szülői kérdőív eredménye a következő volt:

Szülői kérdőív – 3 éves életkorban

	Igen, rendszeresen, (gyakran, többnyire)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Rövidebb lépcsőn (3-4 fok) önállóan megy fel-le (kézfogas és kapaszkodás nélkül)?	X		
2. Szokott-e úgy csinálni játékból, mintha főzne, autót vezetne, stb.? (Pl. kis edényekben főz kavicsból, homokból, kavargat, öntöget, kezeivel játékból kormányoz, stb.)	X		
3. Egyszerű dallamot, mondókát ismétel? (Pl. „hóc-hóc katona”, „süss fel nap, fényes nap”)	X		
4. Rajzolásnál, könyvnézésnél nem hajol arasznyinál közelebb a papírhoz?	X		
5. Tudja-e, hogy lány vagy fiú?	X		
6. Tud-e zárt kört, karikát rajzolni? (Nem kell szép szabályosnak lennie!)	X		
7. Beszéde érthető-e idegen számára?	X		
8. Párbeszédbe bevonható? (Azaz beszélgetést kezdeményez, kérdez és a hozzá intézett kérdésekre válaszol? Pl. „Te most mit csinálsz? Miért vágod le az ágakat?” „Metszem a fákat.”)	X		
9. Segít társainak, családtagjainak? (Pl. elpakolni, teríteni, rendet rakni)	X		
10. Szobatiszta nappal? (Időben jelzi, ha pisilni, kakilni kell?)	X		
11. Megosztja örömét, bánatát, vagy a számára fontos eseményeket? (Pl. „Nézd apu, de szép markoló!” „Képzeld anyu, láttam egy nagy kutyát!” stb.)	X		
12. Játéka során különböző tárgyakkal helyettesíti a jelen nem lévő tárgyakat? (Pl. kocka = gombóc, ceruza = horgászbot, stb.)	X		

Mater a kérdőívben szereplő kérdéseket megértette, a kérdőív kitöltése során együttműködő volt.

3 éves életkorban a következő vizsgálatok elvégzése szükséges – az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet alapján:

Házi-/gyermekorvosok

- a) teljes fizikális vizsgálat,
- b) idegrendszer vizsgálata,
- c) herék vizsgálata évente.

Védőnők

- d) testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján,
- e) a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása,
- f) érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően,
- g) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis),
- h) vérnyomás mérése 3–6 éves életkor között.

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatának elvégzéséhez (2014)
Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

7.3. ALTÉMA: AZ 5 ÉVES KISGYERMEK FEJLŐDÉSÉNEK NYOMON KÖVETÉSE, KORSZERŰ VÉDŐNŐI SZŪRŐVIZSGÁLATA

Feldolgozandó témák

- Szülői kérdőív – 5 éves kisgyermek,
- Vizsgálati útmutató – 5 éves kisgyermek vizsgálatához,
- Részletes vizsgálati módszertan – 5 éves kisgyermek.

A tartalom részletes kifejtése

FELADAT

Jellemezzük közösen egy 5 éves gyermek fejlődését, majd ezt követően figyeljük meg fejlődési területenként azt, hogy milyen tünetek hívhatják fel a figyelmet a fejlődésben való elmaradásra!

A fejlődés legfontosabb állomásai 4 és 5 év között

Mondatokban beszél, gyorsan csökkenő számú nyelvtani hibával. Mondatai közt nemritkán 2-3 tagmondatból álló összetett mondatok is vannak. Beszédében egyre pontosabban képes kifejezni idő- és térvizonyokat ragokkal, névutókkal. Intonációja összhangban van a mondatai jelentésével. Képes aktívan hozzájárulni egy beszélgetés fenntartásához, például kérdésekkel. Egyre pontosabban és összetettebben tudja saját és mások belső állapotait megfogalmazni. Megjelenik a humor és a humorérzék. Kezdi érteni a feltételes mód jelentését, időnként maga is használja. Rövidebb eseménysorokat, kisebb történeteket önállóan, összefüggően mesél el.

Egyre jobban érti és maga is igényli a magyarázatokat a jelenségek okairól. Számfogalma addig fejlődik, hogy 4-5 tárgyat megszámol, ezeken jól ismert, motivált helyzetekben esetenként összeadási-kivonási műveletekre is képes, s tovább, akár húszig elmondja a számokat.

A társas megértés fejlődésének eredményeképpen megjelenik nála az empátia, és kezdenek kialakulni tartósabb kortárs személyes kapcsolatok.

Nagyon hatékonyan és gyorsan tanul új mozgásokat. A korábban tanult mozgásformák tökéletesednek, és egyre több mozgáskombináció jelenik meg. Egyre kitartóbbá és jól terhelhetőbbé válnak 5 éves korukra.

Viselkedési jellemzők 5 éves korban

Játékára, tevékenységeire és mozgására 5 évesen jellemző, hogy a jól fejlődő 5 éves gyermek már jól érthetően beszél és történeteket tud elmesélni, rákérdez a szavak jelentésére. Gazdag a fantáziája. „Nagy óvodás”, aki készül az iskolára. 4-5 társával együtt játszik. Tud indulatos, energikus lenni. Megjelennek a szabályjáték elemei is. Jellegzetes fejlemény a szerepjáték, mind egyedül, mind a társakkal. A közös játékban képes az egyeztetésre és együttműködésre. Mind társas viselkedésében, mind magányos játékában gyakran jelenik meg a kísérletezés, a reakciók, események „tesztelése”. Önállósága folyamatosan fejlődik, képes önállóan használni a WC-t.

A gyermekek 5 éves korukra képesek összetettebb, bonyolultabb mozgáskombinációk elsajátítására, ha van rendszeres gyakorolásra lehetőségük. Így megtanulnak fára mászni, kérempározni, hintát hajtani és bukfeneczni. Lehetőségeiktől függően elsajátítják néhány sport mozgásalapjait. A mozgások erőssége, tempója és térbeli terjedelme jelentős mértékben fejlődik, egyre ellenállóbbá válnak a hosszan tartó terheléssel szemben. Szívesen és ügyesen rajzol, a ceruzát helyesen fogja, rajzaiban az apró részleteket is kidolgozza. Felismerhetően rajzol, összetettebb formákat is megjelenít. Megjelenik a „kváziírás”, azaz néha úgy tesz, mintha írna.

Hogyan, milyen kérdésekkel lehet segíteni a szülőt a gyermek fejlődésének megítélésében, mit érdemes a szülőnek megfigyelnie gyermeke fejlődésén?

Jól érthető-e a beszéde azok számára is, akik nem ismerik? Képes-e viszonylag bonyolultabb szerkezetű mondatok használatára és megértésére? Képes-e nyelvi megfogalmazni emberek gondolatait, érzéseit, ezek okait (egyszerűbb helyzetekben)? Adekvát-e intonációja (hanglejtése, hanghordozása)? Képes-e összefüggően elmesélni egyszerűbb eseménysorokat, például a közelmúltból? Aktívan részt vesz-e a beszélgetésben?

Képes-e másokkal aktívan kooperálni (együttműködni) a játéktevékenységben? Mutat-e együttérzést? Érdeklík-e a jelenségek és emberi viselkedések magyarázatai, ezeket mennyire érti? Törekszik-e más gyermekekkel tartósabb kapcsolatra?

Végez-e a gyermek rendszeresen valamilyen sporttevékenységet (akár szervezett keretek között, akár a családdal szabadidős tevékenységként)? Szeret-e mozogni, kihívásnak éli-e meg újabb és újabb mozgásformák elsajátítását? Kitartó és teherbíró-e?

FELADAT

A védőnői megfigyelések és a szülővel közösen kitöltött Szülői kérdőív bejegyzései alapján jellemezzük és értékeljük egy 5 éves gyermek fejlődését! Adjunk tanácsot a szülőnek a gyermek állapotának és fejlődésének megfelelően.

S. Kata 5 éves kisgyermek

S. Kata testi fejlettsége életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 17,5 kg, testmagassága 108 cm, 20 foga van. Fogai ápoltak, fogazata ép, önállóan mos naponta többször fogat. Étvágya jó, a zöldségeket nyersen szívesen fogyasztja, de párolva nehezen fogadja el. A főzelékeket feltétlenül együtt jókedvvel fogyasztja. Nassolnivalót ritkán fogyaszt, mert szülei nem kínálják édességekkel. Önállóan és tisztán étkezik, a kanalat és a villát biztosan használja.

Óvodába nagyon szeret járni, reggelente már várja, hogy aznap milyen foglalkozás lesz az óvodában. Barátnőjével Eszterrel szívesen homokozik, együtt építenek homokvárat. Kéz ügyessége nagyon jó, 2 alkalommal rajzával továbbjutott a városi fordulóra, ahol egyszer különdíjat, egyszer pedig második helyezést ért el pályamunkájával. Beszéde érthető, többszörösen összetett mondatokat használ, kifejezetten „okos” kislány, látogatáskor több verset is elmond magától. Nagyon szereti a könyveket lapozgatni és nézegetni, a nagy nyomtatott betűket próbálja lemásolni. Ceruzafogása biztos, stabil és szabályos. Az ismert meséket képes úgy elmesélni, hogy a könyvet fogva ujját húzza a mondatok felett, úgy tesz, mintha tudna olvasni, emlékezetből, illetve szabadon mesél a képekről. A színeket ismeri, rajzai is színesek, rajzolása során a teljes lapot kitölti ábráival. Babázik, elmondja, hogy több Barbi babája is van, melyeket úgy szereti, mintha azok a testvérei lennének. Könnyen létesít kapcsolatot idegenekkel is. Elfogadja a szabályokat és be is tartja azokat.

Önállóan öltözködik, a ruhákat néha már felügyelet mellett, de magától készíti elő. Cipőfűzőjét be tudja kötni, ezt még az óvó nénivel is szokták gyakorolni az óvodában.

Tornafoglalkozásokon mozgása ügyes, óriásjárást jól utánozza, biciklijéről a múlt héten szerelték le a „támasztó kerekeket”, kétkerekű biciklit hajt.

Minden tevékenységhez a jobb kezét használja.

Mater azon gondolkodik, hogy angol óvodai foglalkozásra kezdi hordani kislányát a nagycsoporttól kezdve.

Szülői kérdőív – 5 éves életkorban

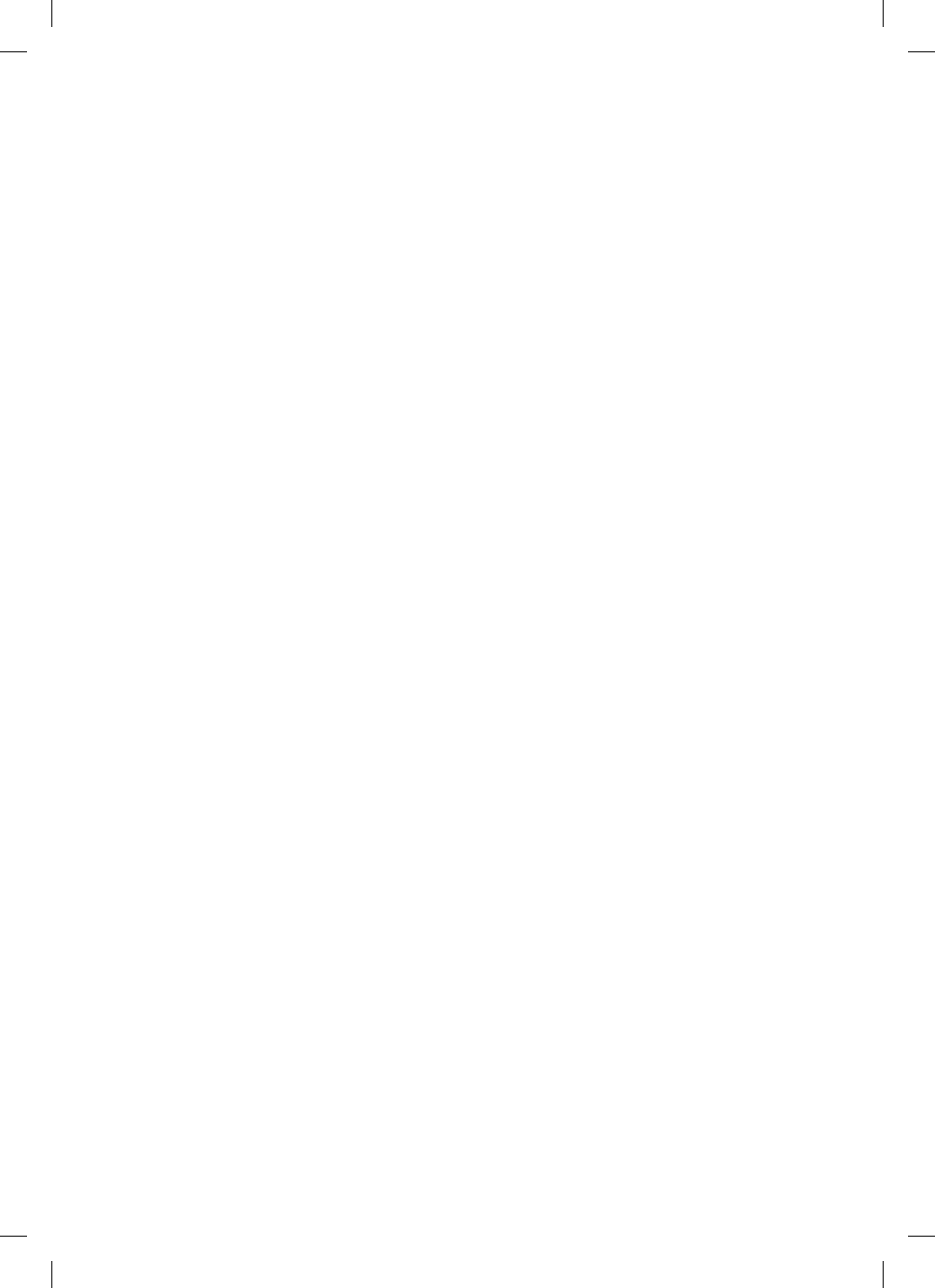
	Igen, rendszeresen (gyakran, többszörre)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Jobb és bal lábán is képes egy lábon előre ugrálni legalább ötöt? (Kb. másfél méter távolságot.)	X		
2. Többször bukfacezik előre anélkül, hogy oldalra esdőlne?	X		
3. Tisztában van-e az évszakok jellemzőivel? (Pl. „Meg tudod-e mondani, melyik az az évszak, amikor esik a hó? Meg tudod-e mondani, melyik az az évszak, amikor lehullanak a fáról a levelek?”)	X		
4. Képes-e felismerhető, összetett formákat rajzolni? (fa, ház, autó, ember)	X		
5. Szokott úgy csinálni, mintha írna? (Amikor úgy csinál, mintha írna, de az csak firka, a mozdulat azonban olyan, mint az igazi írómozgás: folyamatos, lendületes, van egy bizonyos kiterjedése, pl.: sor.)	X		
6. Szabályosan, 3 ujjal fogja a ceruzát?	X		
7. Tud-e mennyiségeket felismerni ötig? (Pl. megszámlálni, hogy hány tányért kell az asztalra tenni, vagy hány szelet kenyér kell, hogy mindenkinek jusson.)	X		
8. Verset, rövid mesét képes elmondani?	X		
9. „Miért?” kérdésekre válaszol? (Pl. „Miért vizes a ruhád?” – „Mert esik az eső.”)	X		
10. Játszik társaival szerepjátékokat? (Gazdag fantáziával cselekményeket, történeteket játszik, a szerepeket egymás között kiosztják: „doktoros”, tündérvilág, úrutazás, szuperhősök.)	X		
11. Van-e olyan hangzó, melyet nem tud kimondani, azaz: van-e beszédhibája? (pl. pöszesség, raccsolás, stb.)			X
12. Éjjel-nappal szobatiszta?	X		

A gyermekeknek a fejlődési elmaradása, zavara, netalán fogyatékosága sokszor rejtve marad a közoktatási, illetve a szociális rendszer előtt, és az iskolai teljesítményzavarok megjelenése kapcsán válik nyilvánvalóvá, diagnosztizálhatóvá. Ehhez a folyamathoz nagyban hozzájárul a szülők tájékoztatatlansága, a megfelelő ismeretanyagok hiánya is. A projektben fejlesztett szülői megfigyelésen alapuló kérdőív (röviden Szülői Kérdőív), valamint az ehhez kapcsolódó szülőknek szóló tájékoztató, edukációs anyagok célja, hogy a gyermekek életkor szerinti vizsgálatait szülői megfigyelésen alapuljanak, illetve bővítsék a szülők gyermekeik fejlődésével kapcsolatos ismereteit. Ezzel párhuzamosan a „Gyermek-alapellátási Útmutató a 0-7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez” című útmutató segíti a védőnők, házi gyermekorvosok/háziorvosok munkáját a kérdőív minél hatékonyabb alkalmazása érdekében. A Szülői Kérdőív révén a szülők tapasztalatai is bekerülnek az ellátórendszerbe, elősegítve ezzel azt a törekvést, hogy még korábban felfedezhetőek legyenek azok a problémák, amelyeket korai kezeléssel korrigálni lehet. A szülői ismeretek átadásával tudatosítjuk az első évek fontosságát és az ezzel kapcsolatos szülői szerepben rejlő lehetőségeket és felelősséget.

Minden életkorban törekedjünk arra, hogy a lehető legteljesebb tudásunkkal támogassuk a gyermeket nevelő szülőt!

Felhasznált irodalom

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)
Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.



8. TÉMA: A SZÜLŐ TÁJÉKOZTATÁSA A SZŰRÉS EREDMÉNYÉRŐL – A „ROSSZ HÍR” KÖZLÉSE, A SZÜLŐI ELFOGADÁS TÁMOGATÁSA (15–16. ÓRA)

Megismertetni a hallgatókat a tájékoztatás illetve a „rossz hír” közlésének alapelveivel. A tájékoztatás, illetve a „rossz hír” közlésében az eredményes szakmai interakciók és a személyközpontú ellátás érdekében a hallgatók szakmai szerepének erősítése, módszertani tudásuk gyarapítása, kommunikációs, interperszonális és probléma-megoldó készségeik fejlesztése, konkrét problémahelyzetek, esetek feldolgozásával, szerepjátékok segítségével

8.1. ALTÉMA: A SZÜLŐ ÉS A GYERMEK TÁJÉKOZTATÁSA A SZŰRÉS EREDMÉNYÉRŐL – A „ROSSZ HÍR KÖZLÉSE”

Feldolgozandó téma

- A szülő tájékoztatása az egyénre szabott tájékoztatás – az ENYHÍTŐ – modell alapján a szűrés/vizsgálat eredményeiről.

Bevezetés

Az óra első felében a szülő (édesanya) tájékoztatását gyakoroljuk a gyermek elmaradt mozgásfejlődésére vonatkozóan. A feldolgozandó szituációban a védőnőnek a gyermek mozgásfejlődésének elmaradásáról, a további teendőkről kell tájékoztatnia a szülőt, az adott életkorban elvégzett szűrővizsgálat után. A védőnő a tájékoztatást az egyénre szabott tájékoztatás modelljének (ENYHÍTŐ modell) alapján folytassa le. A tájékoztatási helyzet specialitásai:

- a) Az informált személy itt nem azonos a beteggel.
- b) A tájékoztatott nem maga a páciens.
- c) A gyermek életkora alapján nem pediátriai triád.

ENYHÍTŐ modell

E	Előkészítés (találkozás, önmagunk és a helyszín), felkészülés a beszélgetésre
NY	Nyitó kérdések a rossz hír közlésének folyamatának megalapozására, feltárja a szülő előzetes ismereteit, feltételezéseit, hiedelmeit; fényt derít a szülő elvárásaira, illetve pszichés állapotára
H	Hozzájárulás kérése – Tudjuk meg, hogy a szülő milyen mélységben akarja ismerni a betegséget!
Í	Információk átadása
T	Támogató magatartás (Megértő magatartás tanúsítása; A szülő támogatása érzéseinek és gondolatainak kifejezésére; Ne féljünk a csendtől és a sírástól! A szülő reakcióinak figyelembevétele)
Ó	Összefoglalás (Tervek készítése, aktuális teendők megbeszélése; Az elhangzottak megértésének ellenőrzése; Biztatás a további kérdések összegyűjtésére; A figyelem felhívása a várható érzelmi reakciókra)

FELADAT

Szerepjáték – A szülő tájékoztatása az egyénre szabott tájékoztatás – az ENYHÍTŐ modell alapján

Szerepek és feladat

1. játékos:

a védőnő (tájékoztatni kell a szülőt a vizsgálat eredményeiről – esetpélda alapján)

Esetpélda a „védőnőnek”:

A védőnő a 6 hónapos kisfiú, L. családlátogatása alkalmával a szülővel közösen végigbeszélte a kitöltött Szülői Kérdőívet, majd meghallgatta a szülő megfigyeléseit és elvégezte az adott életkorban kötelező szűrővizsgálatokat.

A gyermek mozgásfejlődésében tapasztalt alábbi figyelmeztető jelek miatt házi gyermekorvosi vizsgálatot javasol a szülőnek.

A gyermek hason fekvésben nem tudja aktívan a fejét megemelni. Nem alakult ki az alkartámasz, fejét nem emeli meg 90 fokban. 1-2 hete elkezdett „repülőzni” (baba kitámasztás helyett, vagyis a karok segítségével nélkül emelte ki a mellkasát, hason fekvő helyzetben), a kezét kicsavarva tartani. A kézfejére támaszkodik a tenyere helyett. A lábát is nagyon befelé tartja, sokszor „ökölben” vannak a lábujjai.

2. játékos:

a szülő

3. játékos:

a megfigyelő (a kitöltött megfigyelőlista alapján figyeli a „beszélgetést”)

Megfigyelési szempontok a megfigyelőnek (Kérjük, hogy a megfelelő igen vagy nem választ karikázza be! Észrevételeit, megjegyzéseit jegyezze le!)

Megfigyelési szempontok		Észrevételek, megjegyzések
Felkészült a beszélgetésre.	igen – nem	
A nyitó kérdések segítségével feltérképezte, hogy a szülő/szülők mennyi információval rendelkeznek gyermekük állapotáról, hogyan ítélik meg azt, mennyire vannak tisztában az állapot súlyosságával, kimenetelével.	igen – nem	
A bevezető mondatok után rögtön mondja a szűrővizsgálat eredményét.	igen – nem	
A szűrővizsgálat eredményét röviden, közérthetően és lényegre törően mondja el.	igen – nem	
Betartja a fokozatos közlés lépéseit.	igen – nem	
A fontos információkat kiemeli.	igen – nem	
A pozitív kimenetre koncentrálna.	igen – nem	
Betartja a folyamatos kétirányú kommunikáció elvét: beszélget, kérdésre bátorítja a szülőt, időt és lehetőséget ad a szülőnek kérdései felvetésére.	igen – nem	
Megértő magatartást tanúsít: pl. elfogadás, empátiás visszatükrözések, támogató csend, a csend elviselése.	igen – nem	
Alkalmazza a gyengéd érintést.	igen – nem	
Támogatja a szülőt abban, hogy beszéljen az érzéseiről és a gondolatairól.	igen – nem	
Bátorítja a szülőt a sírásra, a csalódottság kifejezésére, az érzelmek megfogalmazására, illetve kimutatására.	igen – nem	
Figyelembe veszi a beteg pszichés reakcióit.	igen – nem	
A kapcsolódó szakembereket, szakmákat említi.	igen – nem	

Megfigyelési szempontok		Észrevételek, megjegyzések
Megtörténik az aktuális teendők megbeszélése.	igen – nem	
Ellenőrzi az elhangzottak megértését.	igen – nem	
Biztatja a szülőt a további kérdések összegyűjtésére.	igen – nem	
Felhívja a szülő figyelmét a várható érzelmi reakciókra.	igen – nem	
Tiszteletet, melegséget, gondoskodást, együttérzést és megértést tanúsít.	igen – nem	

A csoport többi tagja szintén követi a beszélgetést, és egyénenként kitölti a megfigyelőlapot

Ajánlott irodalom

Bitter I. (2011.): Pszichoterápia 2. – XIV./2. fejezet: A rossz hírek közlésének gyakorlati lépései. Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/0019_2A.../P_XIV_2.pdf (letöltés időpontja: 2014. 03. 12.)

8.2. ALTÉMA: A SZÜLŐI ELFOGADÁS TÁMOGATÁSA

Feldolgozandó téma

- A szülői elfogadás támogatása paranormatív krízis esetén.

Bevezetés

Az óra második felében a szülői elfogadás segítését gyakoroljuk egy paranormatív krízis, a gyermek egészségének hiánya, egy Down-szindrómás gyermek érkezése szituációban. A család egy vizsgálatot követően először szembesül, hogy leendő gyermekük Down-szindrómás. Fogyatékos (bizonyos „életesélyek” elvesztése) gyermek érkezése válságidőszakokat, krízist eredményez a család életében. A fogyatékos gyermek fejlesztése sérül, amennyiben a szülők nem tudnak túljutni a gyász munkán, esetleg patológiás gyász alakul ki. A védőnő feladata támogatni a szülőket a gyászfeldolgozásban, majd a gyermek elfogadásában. Fontos, hogy megértsék a szülők, hogy szeretetük lényege a gyermek léte legyen, ne pedig a milyensége.

A szülőpár a beteg/sérült gyermek születése után hasonló gyászreakciókat (tagadás, düh, alkudozás, depresszió és elfogadás) mutat, mint a gyermeküket elvesztő szülők. A szülő gyászolja azt a meg nem született egészséges gyermeket, akit várt. A szülőnek az egészséges gyermek eszményének elvesztését meg kell gyászolnia ahhoz, hogy el tudja fogadni ezt

az új helyzetet és az eszményképtől különböző reális szituációt: a beteg/sérült gyermeket (Szabóné, 2004; Kálmán, 1997; Dattke, 2010 idézi Máté, 2012). A gyászreakció szakaszait, mely Kübler-Ross (1988) nevéhez fűződik, Linder (1983) adaptálta sérült gyermeket nevelő szülőkre.

A „bánatkövel” kirakott úton mindenki végigmegy. Csak abban különböznek egymástól a szülők, hogy ki mennyi idő alatt ér végig rajta, s az út végétével milyen mély és mennyire maradandó sérülések alakulnak ki önmagában és a környezetében (Kálmán és Könczei, 2002).

A fogyatékoság tényének felismerését, illetve közlését követően, annak elfogadása hosszú folyamat, le- és felfelé ívelő hullámokkal, megtorpanásokkal, örömmel és szomorúsággal váltakozva. Fájdalmas hónapok után kezdi a szülő elfogadni a megváltoztathatatlant, ezzel együtt elkezd *alkalmazkodni az új élethez*.

Akik speciális szükségletű gyermeket nevelő családokkal foglalkoznak, az „elfogadás” szakaszt sokszor inkább „elismerésnek” nevezik. Az „elfogadás” szó túl nagy követelményt állíthat azok elé a családok elé, akik ezekkel a nagyon nehéz és periodikusan visszatérő nehézségekkel küzdenek (Gough, 2003 idézi Vida, 2010). Úgy tűnik, senki nem éri el a teljes elfogadás állapotát a gyermeke fogyatékoságával kapcsolatban. Azonban a sikeres gyász során a szülők képessé válnak a helyzet és annak az önmagukra, illetve a gyermekükre gyakorolt hatásának megértésére. Ez a megértés magában foglalja mind a vágyott, de elvesztett jövőképet, a rájuk váró, ismeretlen nehézségeket, illetve támogatja a reális jövőbe vetett hitet.

FELADAT

Szerepjáték – A szülői elfogadás támogatása paranormatív krízis esetén

Szerepek és feladatok

1. játékos: a védőnő – Az 1 hónapos kislány családlátogatása alkalmával nyújtson a szülőknek pszichológiai támogatást Down szindrómás gyermekük elfogadásához.

A szülőpárral (az anya 29 éves, az apa 31 éves) a szülést követő második napon közölték, hogy gyermekük Down-szindrómás. A szülők anamnézisében epidemiológiai rizikótényező nem szerepelt, az anya rendszeresen járt szűrővizsgálatokra, elvileg minden vizsgálati eredménye negatív lett (ultrahang 12. hét: NT 2,0 mm; 16. terhességi hét: AFP-érték 0,8 MoM). A 26 hetesen készült 4D-s felvételen sem észlelt a szülész-nőgyógyász semmilyen elváltozást. Miután semmilyen genetikai rendellenesség gyanúja nem merült fel, genetikai vizsgálat nem készült.

2. játékos: az anya – Ön egy 1 hónapos Down-szindrómás kislány édesanyja. Büntudatot érez, hogy „haragszik” gyermekére, hogy az sok megoldhatatlan feladatot hozott életükbe, ugyanakkor dühös a család helyzete miatt. Úgy érzi, egyedül maradt kislánya problémáinak megoldásában.

3. játékos: az apa – Ön egy 1 hónapos Down-szindrómás kislány édesapja. Büntudata van, úgy érzi, túl gyenge ahhoz, hogy egy beteg gyermeket neveljen.

4. játékos: a megfigyelő – A szerepjáték során feladata a védőnői szerepkört betöltő hallgatótársának megfigyelése. A megfigyeléshez a mellékelt megfigyelőlap szempontjai nyújtanak segítséget önnek,

melyen észrevételeit és megjegyzéseit is jelölheti. A megfigyelési szempontok teljesülését „igen”, nem teljesülését „nem” válasz bekarikázásával jelezze!

Megfigyelési szempontok		Észrevételek, megjegyzések
Felkészült a beszélgetésre.	igen – nem	
Együttérző és elfogadó magatartással beszélget.	igen – nem	
Hangsúlyozza, hogy ez nem valami féle büntetés, bárkivel előfordulhat és elő is fordul, így a szülő nincs egyedül.	igen – nem	
Segítteti az erős érzelmek feloldását.	igen – nem	
Bátorítja a szülőt a sírásra, a csalódottság kifejezésére, az érzelmek megfogalmazására, illetve kimutatására, nem félt a csöndtől.	igen – nem	
Bátorítja a szülőt a gyermekkel kapcsolatos érzések, gondolatok tisztázására.	igen – nem	
Betartja a folyamatos kétirányú kommunikáció elvét: beszélget, kérdésre bátorítja a szülőt, időt és lehetőséget ad a szülőnek kérdései felvetésére.	igen – nem	
Megértő magatartást tanúsít: pl. elfogadás, empátiás visszatükrözések, támogató csend, a csend elviselése.	igen – nem	
Alkalmazza a gyengéd érintést.	igen – nem	
A hiány mellett felhívja a figyelmet a gyermek ép képességeire is.	igen – nem	
A pozitív kimenetre koncentrálnak.	igen – nem	
A nem orvosi területek fontosságát (fejlesztés, szociális szolgáltatások, család, stb.) hangsúlyozza.	igen – nem	
Biztatja a szülőt a családban rejlő lehetőségek feltárására.	igen – nem	

A kapcsolódó szakembereket, szakmákat említi.	igen – nem	
Megemlíti a sorstársi segítő és felajánlotta a szülői csoport segítségét.	igen – nem	
Segíti a szülőt jövőkép megfogalmazásában.	igen – nem	
Tiszteletet, melegséget, gondoskodást, együttérzést és megértést tanúsít.	igen – nem	

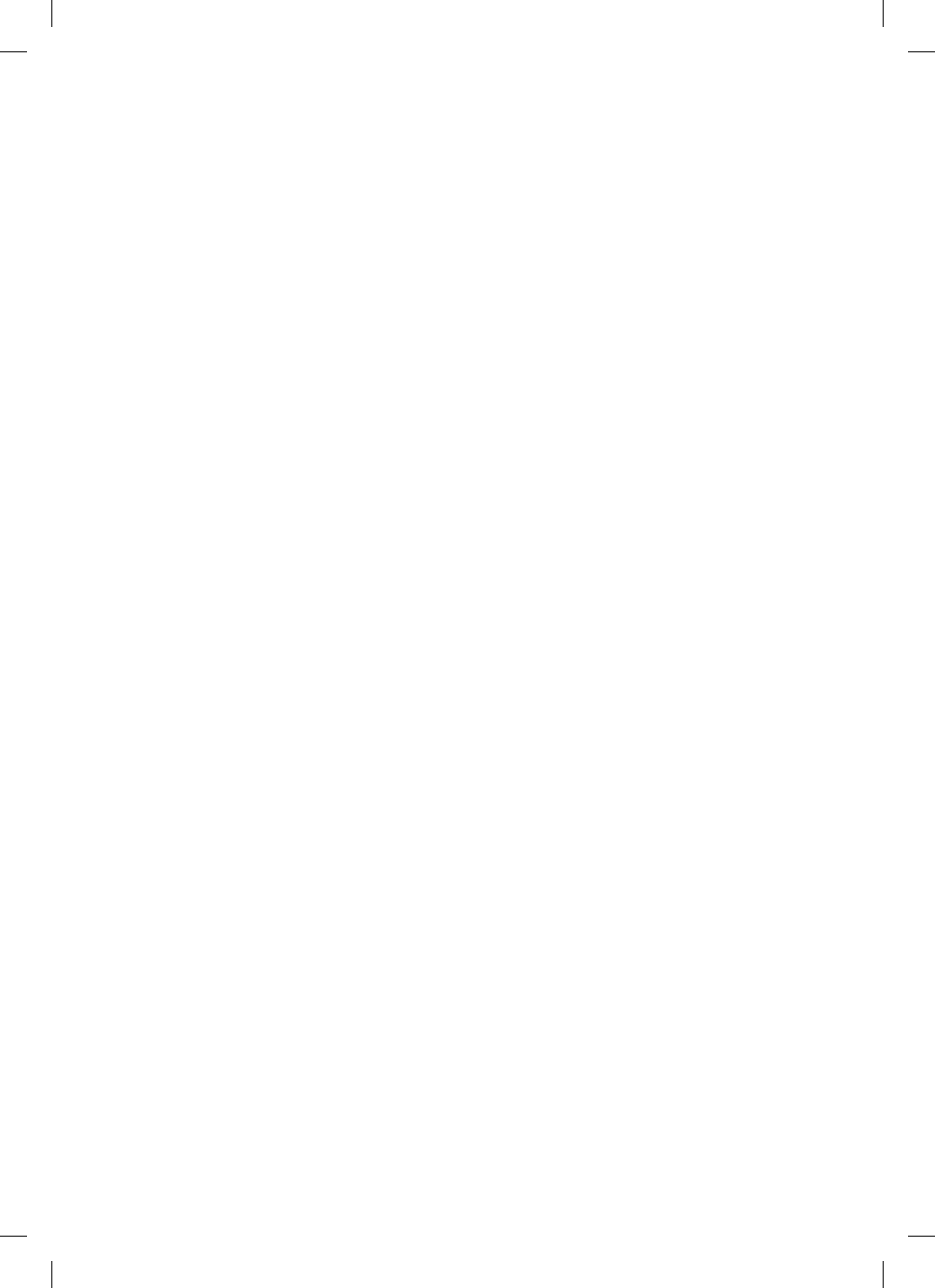
5. A csoport többi tagja szintén követi a beszélgetést, és egyéneenként kitölti a megfigyelőlapot.

Felhasznált irodalom

- Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2002.): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest
- Kübler-Ross E. (1988.): A halál és a hozzávetető út. Gondolat Kiadó, Budapest
- Linder, M. T. W. (1983.): Early Childhood Special Education. Aspen System Corp., Rockville
- Máté O. (2012.): A Down szindróma postnatális közlésének körülményei és a szülőknek nyújtott támogatás a magyarországi és németországi szülészeti intézményekben. Doktori PhD-értekezés, Pécs
http://doktoriiskola.etk.pte.hu/dok/doktoriiskola/disszertaciok/Mate_ertekezés.pdf (letöltés időpontja: 2014. 03. 13.)
- Vid N. (2010.): Fogyatékosággal élő gyermeket nevelő fiatal felnőttet gondozó szülők értékei. Szakdolgozat. ELTE Pedagógia és Pszichológia Kar Tanácsadás Pszichológiája Intézeti Központ Tanácsadó szakpszichológus képzés – http://www.meosz.hu/doc/vidnatasa_szakdolgozat.pdf (letöltés időpontja: 2014. 04. 03.)

Ajánlott irodalom

- Kálmán Zs. (1997.): Bánatkő (Sérült gyermek a családban). Keraban Kiadó
- Szabóné Kármán J. (2004.): Család gondozás – Krízisprevenció. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest (14.2. A sérült gyermek helye a családban, az elfogadást befolyásoló tényezők pp. 281–284.)



9. TÉMA: GYERMEKÚT – IDŐBEN MEGFELELŐ ELLÁTÁSBA KERÜLÉS FONTOSSÁGA. GYERMEKÚT ALGORITMUS (17–18. ÓRA)

A tananyag Kereki Judit által készített „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés, Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja Hallgatói Jegyzetében megjelent anyag.

9.1. ALTÉMA: A KORAI BEAVATKOZÁSOK INDOKOLTSÁGA, SZABÁLYOZÁSA ÉS FINANSZÍROZÁSA

Feldolgozandó témák

- A korai életszakasz jelentősége, a korai beavatkozások indokoltsága.
- A gyermekjogok érvényesülése.
- Szabályozási és finanszírozási környezet.

A tartalom részletes kifejtése

9.1.1. Korai életszakasz fejlődésben betöltött szerepe

A korai gyermekéveknek meghatározó szerepük van a gyermekek fejlődésében és a későbbi életlehetőségük alakulásában. Az utóbbi évtizedekben a neurobiológia, a viselkedéstudományok és társadalomtudományok területén zajló kutatások nagy előrelépéshez vezettek azoknak a tényezőknek az azonosításában, amelyek a gyerekek életkezdését kedvező vagy kedvezőtlen módon befolyásolják. A fejlődés a korai életszakaszban a leggyorsabb, a megszerzett élmények, tapasztalatok az agyi struktúrákba integrálódva megalapozzák a mozgásos, kognitív, nyelvi funkciók kiépülését, a szociális, önszabályozó képesség valamint az érzelmi biztonság kialakulását. Ugyanakkor a gyerekek sérülékenységének kockázata is ekkor a legnagyobb, az egészséges fejlődést számos tényező veszélyeztetheti, a biológiai károsodások, a kedvezőtlen szocioökonómiai jellemzők, környezeti feltételek, az érzelmi, pszichés sérülések, elhanyagoltság külön-külön és együttesen is befolyásolhatják azt.

Nem mindegy tehát, hogy milyen ellátórendszer épül ki a gyermek és családja köré, hogy hozzájutnak-e a szükségleteikhez illeszkedő, megfelelő minőségű ellátáshoz, szolgáltatáshoz.

Az időben felismert probléma, az ellátórendszerbe való minél korábbi bekerülés, a megfelelő színvonalú szolgáltatások igénybevételenek lehetősége, a család támogatása, gyakorlati

segítséggel, információval való ellátása biztosítéka lehet annak, hogy a gyermek könnyebben tudja leküzdeni hátrányait, és a későbbiekben minőségileg jobb életet élhet. Az iskoláskor előtti gyermekek és családjaik a kora gyermekkori intervenció rendszerében kapják meg azokat az ellátásokat, szolgáltatásokat, amelyek differenciált szükségleteik alapján megille-
tik őket.

A speciális segítségnyújtás a gyermek személyes fejlődése mellett a család saját kompetenciájának megerősítésére, a család és a gyermek szociális befogadására is irányul. A korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció támogatások azonban nemcsak a gyermek életminőségének javulásához vagy a család életére gyakorolt pozitív hatáshoz járulnak hozzá, hanem hosszútávú társadalmi hasznosságuk is jelentős, hiszen köztudottan költség-hatékonyabbak, eredményesebbek, mint a később nyújtott beavatkozások.

9.1.2. A gyermekjogok érvényesülése

A KORAGYERMEKKOR KIEMELT SZEREPE A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI DOKUMENTUMOKBAN

A korai életszakasz prioritásának fontossága az evidenciák igazoló ereje mellett meg kell hogy jelenjen a hivatalos dokumentumokban, jogszabályokban is, biztosítva a gyermekjogok érvényre jutását. A gyerekek egészséges életkezdetének támogatása, az időben elkezdett prevenció, intervenció tevékenységek fontossága és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának kötelezettsége több nemzetközi szervezet dokumentumában megjelenik. 1924-ben, a Gyermek Jogairól Szóló Genfi Deklaráció kimondja, hogy az emberiség köteles biztosítani a gyermek egészséges fejlődéséhez szükséges feltételeket, mindenfajta megkülönböztetés nélkül. Később az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata meghatározta a gyermekek jogainak védelmére irányuló nemzetközi együttműködés irányát, elismerve, hogy a gyermekkor (és ezzel együtt az anyaság) kivételes támogatottságot igényel

„Az anyaság és a gyermekkor különleges segítséghez és támogatáshoz adnak jogot...”²⁴

1959-ben jelent meg az ENSZ, az Emberi Jogi Bizottság által előkészített, Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozata, amely nem kötelező erejű, de irányt mutató, nagy jelentőségű okmány. Határozottan állást foglal a gyermek egészséges fejlődéséhez való jogáról és különleges szükségletei esetén a megfelelő szolgáltatás biztosításának szükségességéről:

„A gyermek élvezi a társadalombiztosítás juttatásait. Joga van az egészséges növekedésre és fejlődésre; ebből a célból különleges gondoskodást és védelmet kell biztosítani mind a gyermek, mind az anya számára, beleértve a megfelelő születés előtti és születés utáni gondoskodást. A gyermeknek joga van a megfelelő táplálkozásra, lakásra, szórakozásra és orvosi szolgáltatásokra.

²⁴ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, ENSZ, 1948. 25. cikkely, 2.§

*A fizikailag, szellemileg vagy társadalmilag hátrányos helyzetben levő gyermeknek a helyzete által megkívánt különleges kezelést, oktatást és gondoskodást kell biztosítani.*²⁵

Az 1989-es ENSZ Gyermekjogi Egyezménye az első olyan konvenció, amely azokat az alapvető jogokat foglalja össze, amelyeket az egyezményt aláíró államoknak a gyermekek jóléte érdekében biztosítani kell.²⁶ A New York-i Egyezményben részes államok elismerik a speciális ellátási szükségletű gyermekek különleges gondozáshoz való jogát, és kötelezettséget vállalnak arra, hogy a gyermek állapotához alkalmazkodó segítséget biztosítsanak a szülőknek, gondozónak:

*„Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékos gyermeknek a különleges gondozáshoz való jogát, és a rendelkezésükre álló forrásoktól függő mértékben, az előírt feltételeknek megfelelő fogyatékos gyermeknek és eltartóinak, kérelemre, a gyermek állapotához és szülei vagy gondviselői helyzetéhez alkalmazkodó segítséget biztosítanak.”*²⁷

A segítség a gyermek szüleinek vagy gondviselőinek anyagi erőforrásait figyelembe véve lehetőség szerint ingyenes, és úgy kell alakítani, hogy a fogyatékos gyermek valóban részesülhessen a megfelelő ellátásban, szolgáltatásban. Az egyezményt ratifikáló országok az egészséghez való jog tiszteletben tartására és az egészségügyi szolgáltatásokhoz, illetve a szociális biztonsághoz, a juttatásokhoz való hozzájutás biztosítására is kötelezettséget vállalnak:

*„Az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától.”*²⁸

*„Az Egyezményben részes államok elismerik minden gyermeknek a szociális biztonsághoz, így a társadalombiztosítás juttatásaihoz való jogát, és megteszik a szükséges intézkedéseket arra, hogy hazai jogszabályaiknak megfelelően biztosítsák e jog teljes megvalósulását.”*²⁹

Az 1993. december 20-i ENSZ közgyűlés a következő mérföldkő, ahol elfogadták a Fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségének szabályai című dokumentumot, amelyben a fogyatékos személyek esélyegyenlőségét célzó általános szabályokat fogalmaztak meg. A nemzetközi dokumentum a korai felismerés fontosságára hívja fel a figyelmet:

²⁵ *Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata*, ENSZ, 1948. 25. cikkely, 2.§

²⁶ *Nyilatkozat a gyermek jogairól* – az ENSZ Közgyűlés 1958. november 20. napján kelt, 1386 (XIV) számú határozata, 4., 5. alapelv

²⁷ A dokumentum értelmében a gyermek az a személy, aki tizennyolcadik életévét nem töltötte be, kivéve, ha a rá alkalmazandó jogszabályok alapján nagykorúságát már korábban elérte. (A *Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény*, 1989, 1. cikk)

²⁸ A *Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény* (New York, 1989. november 20.), 23. cikkely, 2. bekezdés

²⁹ A *Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény* (New York, 1989. november 20.), 24. cikkely, 1. bekezdés

GYERMEKEKET ÉRINTŐ JOGOK A HAZAI TÖRVÉNYALKOTÁSBAN

A ratifikált nemzetközi egyezmények mellett Magyarországon a gyermekek egészséges fejlődéshez való jogát, a különböző (speciális) szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek jogát biztosító jogszabályok egy részének nemzetközi dokumentumok képezik az alapját.

Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról egyetlen paragrafusa tartalmaz a korai ellátásra vonatkozó kitétel:

„A fogyatékos személynek joga, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai nevelésben, iskolai nevelésben és oktatásban, fejlesztő felkészítésben, szakképzésben, felnőttképzésben, továbbá felsőoktatásban vegyen részt a vonatkozó jogszabályokban meghatározottak szerint.”³⁰

„A kiskorú fogyatékos személyt megilleti az a jog, hogy fejlesztése késedelem nélkül megkezdődjön, amint fogyatékoságát megállapították.”³¹

Több európai uniós irányelv hazai jogrendszerbe való illesztésével született meg az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi XXV. törvény, amely a prevenció és a szűrés, felismerés fontosságára, illetve ennek mindenki számára való biztosítására hívja fel a figyelmet:

„Az egyenlő bánásmód követelményét a szociális biztonsággal összefüggésben érvényesíteni kell, különösen az egészségügyi szolgáltatásnyújtás, ezen belül

- a) a betegségmegelőző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvétel,*
- b) a gyógyító – megelőző ellátás [...] során”³²*

Kulcsdokumentum az ENSZ Gyermekjogi Egyezményével összhangban megfogalmazott 1997. évi XXXI. gyermekvédelmi törvény, amely előtérbe helyezi a gyermekek jogait és érdekeit, és elsőbbséget biztosít a gyermek családban történő nevelkedésnek. Ehhez különböző támogatásokat és szolgáltatásokat igénybe vételét, vagy közvetítését biztosítja, meghatározza a veszélyeztetettség megelőzésével, felismerésével és kezelésével kapcsolatos feladatokat. Helyettesítő védelmet biztosít azoknak a gyermekeknek, és gondoskodik teljes körű ellátásukról, akik hatósági intézkedések következtében kerültek ki családjukból. Kiemelt feladatként határozza meg a gyermekek családjukba való visszahelyezését.³³

Miközben az 1997. évi gyermekvédelmi törvényben³⁴ a gyermeki jogok között ott találjuk a szülő kötelezettségét, hogy gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket biztosítsa, illetve a gyermek jogát az egészséges fejlődéshez, valamint

³⁰ 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. §., (1) bek.

³¹ U. o. 13. §., (3) bek.

³² 2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 25. §. (1) bek.

³³ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

³⁴ U. o.

a fogyatékos gyermek jogát a fejlődését és személyisége kibontakozását segítő különleges ellátáshoz,³⁵ a szülő nem kötelezhető arra, hogy a közoktatási törvényben biztosított korai fejlesztést igénybe vegye.

9.1.3. Szabályozási és finanszírozási környezet

ÁGAZATI SZEREPEK A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN

Közigazgatási szempontból nézve az európai országokban szinte sehol sem tekinthető homogénnek a koragyermekkorai intervenció rendszer. Magyarországon a 0–5 (6–7) éves korú, speciális segítséget igénylő gyermekek és családjaik ellátása – a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan – elsősorban három szakterület, a szociális, az oktatási és az egészségügyi ágazat munkamegosztásában, egy minisztérium égisze alatt működik, mellettük a közigazgatás és a társadalmi felzárkózásért felelős terület is érintett. A három ágazat szabályozásában (és a stratégiai dokumentumokban is) a koragyermekkorai intervenció célcsoportjaként különböző korcsoportokat azonosítanak. Az egészségügyi és szociális területen a törvényi szabályozásban alapvetően a 0–6 éves kort veszik alapul, a köznevelési törvény a korai fejlesztés szempontjából a 0–5 éves korosztályt tartja érintettnek. Ezen belül is elsősorban a 0–3 évesekre fókuszál. A koragyermekkorai intervenció rendszerét is segítő fejlesztési tervek mindezeket túl az átmeneteket biztosítandó, a 0–7 éves korosztályra terjednek ki (ÚMFT TÁMOP 5., 6., 7. sz. prioritások).³⁶

AZ INTÉZMÉNYRENDSZER VÁLTOZÁSÁNAK TÜKRÖZŐDÉSE A JOGSZABÁLYOKBAN

Az eddig működő intézményrendszer a kormányzati elképzelések következtében teljes átalakuláson megy keresztül. Az oktatási és a szociális területen egyaránt megtörtént az irányítás centralizálása. Az oktatási ágazatban 2013 januárjától az egyházi, magán- és alapítványi intézmények kivételével az ország összes általános iskoláját, középiskoláját, szakiskoláját, kollégiumát és a pedagógiai szakszolgálatokat az önkormányzatoktól a Klebelsberg Kunó Intézményfenntartó Központ vette át, amely a fenntartás mellett a szakmai irányításról is gondoskodik. A szociális ágazatban a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság kezébe került az állami irányítás. A főigazgatóság és területi kirendeltségei látják el a kormányhatározatban meghatározott szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézmények fenntartói és módszertani feladatait. Az egészségügy területén belül a védőnők proaktív módon törek-
senek az Országos Védőnői Szolgálat megalakítására.³⁷

Az oktatás területén belül a többlétszolgáltatásban részesülő gyermekek számára a pedagógiai szakszolgálati intézmények nyújtanak támogatást. Ők látják el többek között

³⁵ U. o. 12. §, illetve 6. § (1), (2), (3) bek.

³⁶ Kereki J. – Lannert J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest

³⁷ Kereki J. (2013) A koragyermekkorai intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az óvodapszichológiai ellátás, valamint a kiemelten tehetséges gyerekek gondozásának feladatát.³⁸ Az intézményi struktúra kétszintű. Megyéenként (illetve a fővárosban) székhelyintézményként működő pedagógiai szakszolgálati intézmények végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén tankerületi illetőségű tagintézmények működnek (járási és fővárosi kerületi szinten), amelyek a jogszabályban meghatározott tevékenységek mellett szintén irányítási, képviseleti, szakmai feladatot látnak el.³⁹ (A korábbi nevelési tanácsadók a tankerületi tagintézményekbe olvadtak be). Az ágazaton belüli és az ágazatok között zajló profiltisztítás jegyében a feladatellátást tekintve több intézményben is változások álltak elő. Korábban az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények, a bölcsődék, gyermekotthonok, fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonai és nappali intézményei is felvállalhatták a korai fejlesztés feladatát. Jelenleg ezeken a helyszíneken a pedagógiai szakszolgálat szakemberei végzik a feladatellátást.⁴⁰ A szociális ágazat a gyermekotthonok fokozatos megszüntetésére törekszik, a gyermekek elhelyezését a nevelőszülői hálózat kiépítésével próbálják biztosítani. A különleges gyermekotthonokat nem számolják fel, az ellátást a jogszabálynak megfelelően kapják továbbra is a gyermekek.

AZ OKTATÁSI ÁGAZATI SZABÁLYOZÁS

A diagnosztikus tevékenység

A köznevelés rendszerében a jelenlegi szabályozás szerint a 0–3 éves korú gyermekeket a megyei pedagógiai szakszolgálati intézmények szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberei vizsgálják. Amennyiben a komplex vizsgálat elvégzése után sajátos nevelési igényt állapítanak meg, akkor a szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására, adott esetben korai fejlesztésére. Ellátását a lakóhelyhez legközelebb lévő pedagógiai szakszolgálat vagy adott esetben a megyei pedagógiai szakszolgálat végzi. Ha ilyen módon nem oldható meg az ellátás, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával szerződött intézményben kerülhet sor.⁴¹ A megyei pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai adják ki a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló családja részére a juttatások és kedvezmények igénybevételéhez szükséges igazolásokat, valamint ők tehetnek javaslatot a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is.⁴² A pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberei a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálatára nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészíthetik.⁴³

³⁸ 2011. évi CXCV. köznevelési törvény, 18.§. (2) bek.

³⁹ 2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. §. (4) bek.

⁴⁰ 2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §. (3) bek.

⁴¹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §.

⁴² 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 12. §. (2) bek.

⁴³ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (2) bek.

A 3 évnél idősebb gyerekek esetében a tankerületi szakértői bizottság feladata a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése, a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megállapítása. Ha a tankerületi szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, továbbküldi a gyermeket a megyei szakértői bizottság felé.⁴⁴

Szakértői vizsgálat néhány kivételtől eltekintve a szülő kérelmére, illetve egyetértésével indul. Az eljárás megindítása a pedagógiai szakszolgálati intézménynek a gyermek lakóhelye szerint illetékes székhelyintézménynél, illetve 3 éves kor felett a tagintézménynél is kérhető vagy kezdeményezhető.⁴⁵ A szakértői bizottság a szakértői véleményében tesz javaslatot a különleges bánásmódot igénylő gyermek ellátására, a korai fejlesztés és gondozás szükségességére.⁴⁶ A szakértői bizottság az enyhe értelmi fogyatékoságot csak abban az esetben állapíthatja meg, ha azt a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet megfelelő kitétele alapján⁴⁷ kiállított orvosi adatlap adatai vagy a gyermek fejlődése szerinti folyamatos figyelemmel kísérésének adatai igazolják.⁴⁸

Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás

A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.⁴⁹ A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint kell végezni.⁵⁰ A 15/2013 (II.26.) EMMI rendelet alapján, a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint a korai fejlesztés és gondozás időkerete a gyermek 0–3 éves kora között legalább heti egy, legfeljebb heti négy óra, 3–5 éves kora között legalább heti kettő, legfeljebb heti öt órát kell hogy jelentsen. A heti időkeretet a szakértői bizottság állapítja meg. Ha a sajátos nevelési igényű gyermek súlyos és halmozottan fogyatékos, attól az évtől kezdve, amelyben az ötödik életévét betölti, fejlesztő nevelésben vesz részt.⁵¹

Nevelési tanácsadás

A pedagógiai szakszolgálat nevelési tanácsadói tevékenysége keretében a munkatársak segítséget nyújtanak a gyermek családi-, és óvodai (valamint a későbbiekben az iskolai) neveléséhez. A szülővel feltáró beszélgetést végeznek, felméri a gyermek adaptív viselkedését, szociális érettségét. A vizsgálat eredményeképpen tanácsadásban részesítik a szülőt, vagy

⁴⁴ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. § (1) (2) bek.

⁴⁵ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §

⁴⁶ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 17. § (1) bek.

⁴⁷ 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 4. § (3) bekezdés e) pontjában foglaltak alapján, a 4. melléklet szerint

⁴⁸ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 21. § (2) bek.

⁴⁹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (1) bek.

⁵⁰ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 5. §

⁵¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §

a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességét határozzák meg. A pszichés állapot feltárását célzó vizsgálat végzése és a szakértői vélemény készítése a szülő, illetve a gyermekvédelmi szakellátást, gyermekjóléti alapellátást végző intézmények kérésére történik. A prevenciós tevékenység keretében a nevelési tanácsadás szakemberei együttműködnek a védőnői és gyermekorvosi hálózattal, a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak, valamint az óvodai nevelésben részesülő, negyedik életévüket betöltött gyermekek körében a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából – a szülő előzetes hozzájárulásával – szűrést végezhetnek.⁵²

A logopédiai ellátás

A pedagógiai szakszolgálatok logopédiai ellátásának feladata a beszédindítás, a hang-, beszéd- és nyelvfeladási elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, a diszlexia, a diszortográfia, a diszgráfia, a diszkalkulia kialakulásának megelőzése a beszéd technikai és tartalmi fejlesztését szolgáló logopédiai terápiás foglalkozáson. A logopédiai ellátás igénybevétele – néhány kivételtől eltekintve – önkéntes alapon történik. A logopédiai ellátás keretében el kell végezni az óvodai nevelésben részt vevő, ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének alapvizsgálatát, szűrését, és ennek eredménye alapján szükség szerint a gyermek további pedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatának kezdeményezését.⁵³

A konduktív pedagógiai ellátás

A konduktív pedagógiai ellátás feladata a központi idegrendszeri sérült gyerekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. A konduktív pedagógiai ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás keretében nyújtható. A fejlesztő foglalkozás a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint lehet egyéni vagy csoportos foglalkozás. A konduktív pedagógiai ellátás feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet. A konduktív pedagógiai ellátás a tanév rendjéhez igazodik és év közben is megkezdhető.⁵⁴

AZ INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSI RENDJE ÉS ELLÁTÁSI KÖTELEZETTSÉGE

A 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet 34. §-a leszögezi, hogy a pedagógiai szakszolgálat igénybevétele a szülő döntése alapján történik, és az év során bármikor megkezdhető, illetve befejezhető. Ehhez a jogszabály az intézmény működési rendjét is meghatározza, miszerint a pedagógiai szakszolgálat intézménye egész évben folyamatosan működik, nyáron legfeljebb kéthetes nyári bezárás engedélyezhető. Szorgalmi időn kívül a működést oly módon kell megszervezni, hogy valamennyi, a pedagógiai szakszolgálat igénybevételével kapcsolatos szülői igényt teljesíteni lehessen. Ez természetesen érinti a korai fejlesztés és gondozás

⁵² 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §

⁵³ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 25. §

⁵⁴ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 27. §

folyamatát, amit viszont a jogszabály a tanév rendjéhez igazít (fejlesztési évben gondolkodva), és meghatározza, hogy a pedagógiai szakszolgálat keretében biztosított ellátás (beleértve a korai fejlesztés és gondozást) az év során bármikor megkezdhető és befejezhető.⁵⁵ Ezek a kitételek gondot okoznak az intézmények működtetésében, hiszen betartásuk nem egyeztethető össze a közalkalmazottak jogállásáról rendelkező 1992. évi XXXIII. törvény megfelelő kitételével, amely az oktató, nevelő munkát végző közalkalmazottak szabadságolására vonatkozik.⁵⁶

Az egészségügy szabályozása csaknem teljesen független a másik két ágazat részben összekapcsolódó rendszerétől. Az egészségügy leginkább az orvos minősítő szerepén keresztül jelenik meg a többi ágazathoz tartozó ellátásokkal kapcsolatban, viszont az egészségügyi ellátások és szolgáltatások az egészségügyi ágazat szabályozásában a szociális/gyermekvédelmi intézményekkel alig, a köznevelés rendszerében működő intézményekkel pedig egyáltalán nem kapcsolódnak össze. A minősítés és diagnosztizálás szempontjából az egészségügy és a köznevelés az érintett, az ellátáshoz pedig a szociális szféra is kapcsolódik. Kérdéses, hogy a kliens az adott ágazaton belüli, de különböző jogszabályban rögzített és különböző ellátóhoz kapcsolódó ellátásokról tudomást szerez-e, és még inkább kérdéses, hogy szükségletei szerint eljut-e az egyik ágazat szolgáltatójától a másik ágazatba (különösen az egészségügy kapcsolódásai nem látszanak, miközben a sérült, eltérő fejlődésű gyermekek ellátása vélhetőleg a leggyakrabban egészségügyi intézményben kezdődik).⁵⁷

Bizonyított közgazdasági tény, hogy a korai gyermekévekbe való befektetés egy olyan humántőkeárfordítás, amely nemcsak az érintett gyerekeknek és családjaiknak az életminőség-javulására hat, hanem azt a társadalmi hasznot is figyelembe veszi, amely a gyermek későbbi életszakaszaiban az elmaradó állami ráfordításokból halmozódik fel.

FINANSZÍROZÁS A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN

Vannak normatív finanszírozási rendszerek és szolgáltatásfinanszírozó rendszerek. A normatív támogatási rendszerekben közös, hogy az ellátottakhoz kapcsolódik a normatíva, de különböznek abban, hogy hol dönthetnek a támogatás felhasználásáról, pontosabban: közvetlenül jut-e el a támogatás az ellátó intézményhez vagy az intézményfinanszírozó önkormányzat dönt a tényleges allokációról és a felhasználásról. A normatív támogatási rendszernek két alaptípusát különböztethetjük meg.⁵⁸

Az egyik tipikus megoldás, amit keresletoldali normatív támogatásnak nevezhetünk, az angolszász országokra jellemző. Ezekben az országokban a támogatást a gyermekhez kötik, így a gyermek „viszi magával” a fejkvótát abba az intézménybe, ahol foglalkoznak vele. A másik megoldás, a kínálati oldali normatív támogatás is állami normatívát jelent, amelyet a szolgáltatásokat megszervezni köteles önkormányzatoknak juttatnak az állami büdzséből.

⁵⁵ Lásd 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálatok működéséről, 34. § (3) bek.

⁵⁶ 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról, 56–57. §

⁵⁷ Kereki J. – Lannert J. (írta és szerk.) (2009): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest.

⁵⁸ EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010.): Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010. European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark.

Ez esetben a támogatás nem jut el gyermekhez kapcsolódóan az ellátó intézményhez, mert a felhasználás helyéről, módjáról az intézményeket finanszírozó és fenntartó önkormányzatok döntenek. Itt a normatíva tehát nem a gyermekhez, hanem a gyermek lakóhelyén ellátást szervező, illetve azért felelős önkormányzathoz tartozik. Ebbe a csoportba sorolható az Lengyelország, Csehország, Magyarország.⁵⁹

A közvetlen szolgáltatásfinanszírozás azt jelenti, hogy az állami költségvetés, illetve a regionális és/vagy a helyi önkormányzat finanszírozza az intézményeket. Itt is kínálati oldali támogatásról van szó, de már nem normatív alapon. Ebben a modellben az intézmény törvény szerinti feladatainak ellátását finanszírozzák, a feladatokhoz kapcsolódó normatív igények (pl. bér, dologi költségek) szerint. Pl. Ausztriában, Németországban vagy a mediterrán országokban hasonló elven működik a finanszírozás.⁶⁰

FINANSZÍROZÁS A HAZAI GYAKORLATBAN

A hazai gyakorlatban a kora gyermekkori intervenciót ellátó intézmények finanszírozása több dimenzió mentén is eltérő képet mutat. Egyrészt ágazati szinten kell különbséget tennünk a különböző intézmények finanszírozása között, hiszen a szociális és oktatási intézmények finanszírozása igen különbözik a társadalombiztosítás keretében finanszírozott egészségügyi intézményekétől. Másrészt fenntartó szempontjából is eltérést tapasztalunk. Az oktatási és szociális ágazatban nemcsak a szabályozási környezet és az intézményrendszer szerveződése, hanem az intézmények finanszírozása is komoly átalakuláson ment át. A normatív támogatás helyett feladatfinanszírozási összeget kapnak az intézményfenntartók.⁶¹

Az egészségügyi ellátórendszer bonyolult egyensúlyok mentén épül fel, amelyben az egyes szereplőknek juttatott források mennyiségének a révén próbál az egészségpolitika hatni a lakosság egészségi állapotára. Az alapellátást tekintve az OEP által utalt finanszírozási összeg a szolgáltatás működtetésére kerül kiutalásra, legyen az háziorvosi vagy védőnői szolgálat. A háziorvosi rendszerben többszintű finanszírozási megoldást találunk. Az ellátottak száma az alap, amelyre az ellátottak korcsoportjától függően pontszámérték társul, annak összege a szakképesítési szorzóval többszöröződik. Az így kapott összeghez adódik hozzá a fix díj, a területi díj, az ambuláns ellátás és az ügyeleti ellátás díja. A védőnői szolgálat esetében kételemű a finanszírozási rendszer: fejkvóta alapú és fix díjas. A fejkvóta alapú finanszírozással ismeri el rendszer az egyes körzetekbe tartozók különböző létszámát, a magasabb létszám alapján nagyobb a védőnői körzetre jutó pontszám is, illetve az egyes korcsoportoknál alkalmazott magasabb pontszám kifejezi a többletmunka igényét az adott korcsoporton belül.⁶²

A járóbeteg*szakellátásban egy nyilvánosan közzétett beavatkozási listát vesznek figyelembe, amelynek elemei pontértékkel bírnak, az ellátás során ezek a pontértékek összegződnek. A szolgáltatók a Teljesítmény Volumen Korlátjuknál magasabb havi ponthatáron túl hiába látnak el több beteget, nem kapnak több pénzt. A fekvőbeteg-szakellátás keretében

⁵⁹ U. o.

⁶⁰ U. o.

⁶¹ Kereki J. (2013.): *A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei*. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

⁶² 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

minden kórházban ellátott beteg kap diagnózist a BNOKód alapján, amelyhez költségeket rendeltek, így alakultak ki a homogén betegcsoportok (HBCS). Minden HBCS egy súlyszámmal rendelkezik, amit megszoroznak a mindenkori 1 HBCS forintértékével.⁶³ Az egészségügy területén az alulfinanszírozottság komoly gondot okoz, nemzetközi összehasonlításban is nagyon alacsonynak számítanak a kora gyermekkori intervenciók tevékenységek finanszírozásának társadalombiztosítási normatívái.

9.2. ALTÉMA: A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓS INTÉZMÉNYRENDSZER RÉSZTVEVŐI

Feldolgozandó témák

- A koragyermekkori intervenciók intézményrendszer.
- Különböző ágazati irányítás alá tartozó szereplők kapcsolódásai, ágazatközi együttműködések.

CSOPORTMUNKA

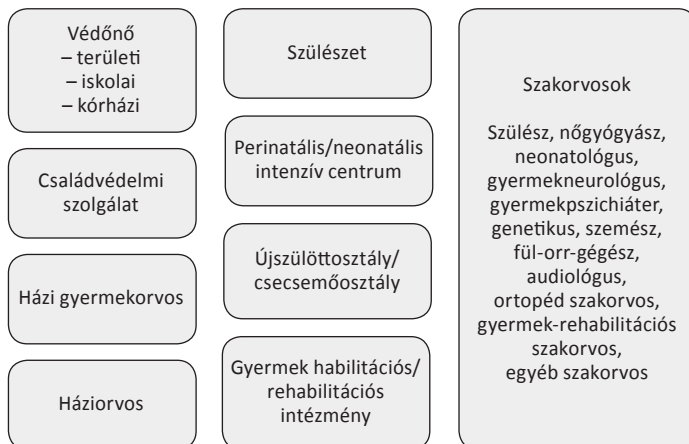
A hallgatók összegyűjtik az egészségügyi ellátókat, a szociális/gyermekvédelmi, a köznevelési és egyéb intézményeket, amelyek a koragyermekkori intervenciók intézményrendszer résztvevői.

INTÉZMÉNYRENDSZER

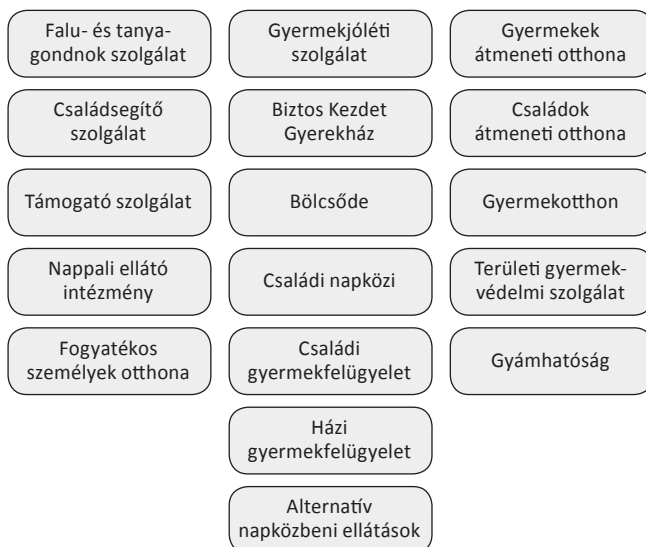
A koragyermekkori intervenciók intézményrendszer résztvevői azok az egészségügyi, oktatási, szociális szereplők (intézmények, illetve annak képviselői), akik a speciális támogatást igénylő (a szociálisan veszélyeztetett és/vagy sérülten született, fogyatékos vagy eltérő, illetve megkésett fejlődésű és/vagy a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett) gyermekekkel, illetve családjaikkal a gyermek fogantatásától az iskoláskorig kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, egyrészt a szűrés, jelzés folyamatához, másrészt a minősítés, diagnosztika szakaszához, harmadrészt az ellátások, juttatások, szolgáltatások rendszeréhez kapcsolódik.

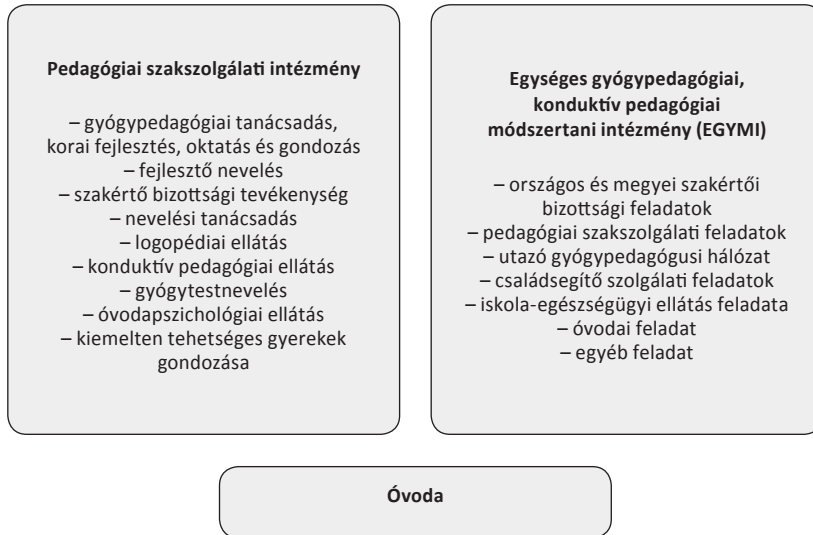
⁶³ U. o.

Egészségügyi ellátók



Szociális/gyermekvédelmi intézmények



Köznevelés intézményei**Egyéb intézmények**

3–6. ábra Különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők.

Forrás: Kereki Judit

9.3. ALTÉMA: A GYERMEK ÚTJA JOGSZABÁLY SZERINT ÉS A GYAKORLATBAN, AZ ELLÁTÁSBA KERÜLÉST RENDSZERSZINTEN AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK, HOZZÁFÉRÉSI PROBLÉMÁK

Feldolgozandó témák

- Különböző ágazati irányítás alá tartozó szereplők kapcsolódásai, ágazatközi együttműködések:
- a prekoncepcionális szakaszban,
- a várandósság szakaszában,
- a perinatális szakaszban,
- a hazakerülés után,
- a hazakerülés után – későbbiekben felismert problémák esetén.
- Az ellátásba kerülést rendszerszinten akadályozó tényezők, hozzáférési problémák.
- Ellátásbeli egyenlőtlenségek, területi különbségek. Az ellátásból kiszoruló és az ellátáshoz hozzájutó gyerekek és családok jellemzői.

CSOPORTMUNKA

A gyermekút közös áttekintése a prekoncepcionális szakasztól a későbbiekben felismert problémáig a jogszabályok és a gyakorlatban történő megvalósulás szerint.

A gyermek útja jogszabály szerint és a gyakorlatban

Az egyes ágazatokon belüli gyermekutak viszonylag követhetők a jogszabály alapján, de a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket nem köti össze szabályozott gyerekút. A koragyermekkori intervenciók ellátásokat tekintve az egészségügy rendszere és a szociális/gyermekvédelmi rendszer érintőlegesen kapcsolódik össze, elsősorban a gyermekjóléti szolgálat intézményén keresztül, ugyanakkor a köznevelés rendszerébe az egészségügyi ellátórendszerből nem vezet út. A szociális/gyermekvédelmi terület és a köznevelés között is inkább a jelzőrendszerben való együttműködés illetve a pedagógiai szakszolgálati tevékenység kapcsán azonosíthatóak érintkezési pontok. A gyermek útja az egészségügyi ellátórendszerben kezdődik, a korai életszakaszban leginkább ebben a kontextusban írható le. Több szakaszra tagolható, a prekoncepcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, illetve a későbbiekben a gyermek iskolás kora előtt az otthoni, illetve az intézményes ellátásban eltöltött időszakig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és a továbbküldési, jelzési utak is azonosíthatóak.

PREKONCEPCIONÁLIS SZAKASZ

Legfontosabb intézményes szereplők: Családvédelmi Szolgálat, területi védőnő, iskolai védőnő, háziorvos, szülész-nőgyógyász szakorvos, egyéb szakorvosi rendelések.

A prekoncepcionális szakaszban, amikor a szülők még csak tervezik a gyermeket, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kapnak ehhez támogatást. A Családvédelmi Szolgálat tanácsadást végez, illetve az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi.⁶⁴ A területi védőnő szintén a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást végzi,⁶⁵ az iskolai védőnő pedig az egészségtan oktatásában vesz részt, ahol elsősorban az családtervezés, fogamzásgátlás, szülői szerep, csecsemőgondozás témájára fókuszál.⁶⁶ A háziorvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás.⁶⁷ A szülész-nőgyógyász szakorvos a család- és nővédelmi gondozás keretében a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítését végzi, a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás eszközeivel.⁶⁸ Egyéb szakorvosok is szereplői ennek a szakasznak, hiszen a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján az általános járóbeteg-szakellátás keretén belül, továbbá a fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén folyamatos szakorvosi gondozás zajlik.⁶⁹

A gyermeket tervező pár akár a védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a Családvédelmi Szolgálathoz fordul, a szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítják. A háziorvos és a szülész-nőgyógyász szakorvos, amennyiben szükséges, szakorvoshoz utalja az érintetteket.⁷⁰ A jelzési utakra vonatkozóan a jogszabályban nincs kitétel. Ennek a szakasznak igazából nincs hangsúlyos szerepe a jelenlegi működésben.

VÁRANDÓSSÁG SZAKASZA

Legfontosabb intézményes szereplők: háziorvos, területi védőnő, szülész-nőgyógyász szakorvos, szülészlet – várandósgondozás, gyermekjóléti szolgálat

A várandósság szakaszában a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése, a veszélyeztettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, továbbá a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés a család- és nővédelmi gondozás keretében valósul meg.⁷¹ A várandósgondozás a háziorvos, a várandósgondozó szakorvos és a védőnő együttműködésében zajlik.⁷² A várandósgondozás során elvégzendő fel-

⁶⁴ 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről 2. § (2) bek.

⁶⁵ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról 3. §

⁶⁶ 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról 3. számú melléklet

⁶⁷ 4/2000. (II.25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4. § (2) bek.

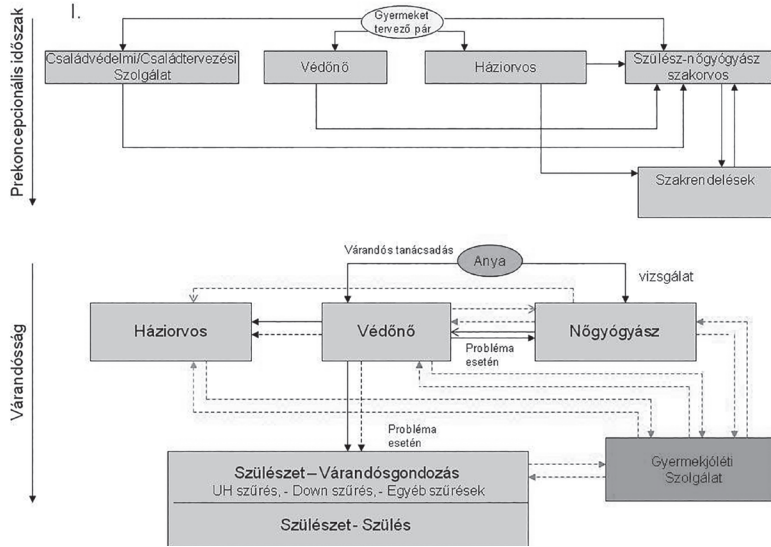
⁶⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 41. §

⁶⁹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 89. § (1), (2) bek.

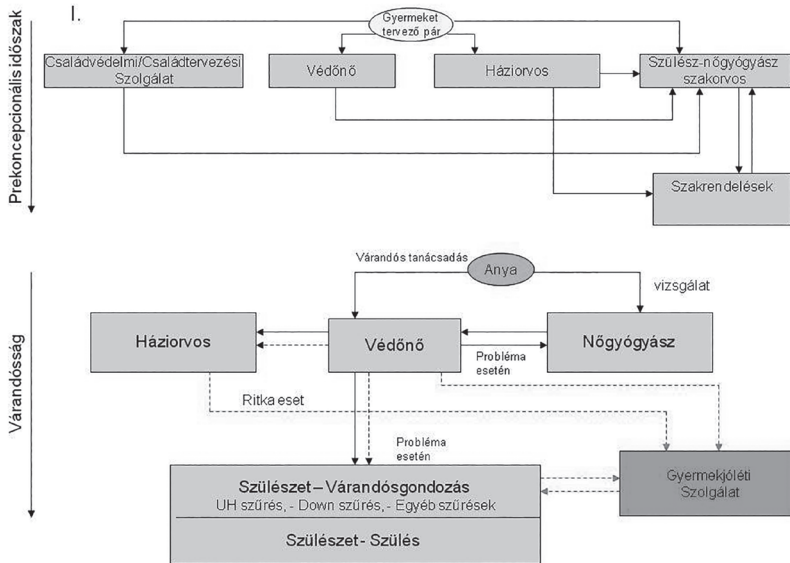
⁷⁰ 217/1997. (XII. 1.) Korm. rend. az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól a végrehajtásáról, 2. § (1), (2) (9) bek.

⁷¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 86. § (1) (2) bek.

⁷² 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 4. §



7. ábra: A gyermek útja a jogszabály szerint
 Forrás: Kereki Judit



8. ábra: A gyermek útja a gyakorlatban
 Forrás: Kereki Judit

adataikat jogszabály szabályozza.⁷³ A szülész-nőgyógyász szakorvos a kórházi szakrendelés és magánellátás keretében is végezheti munkáját. Más intézmény szolgáltatását akkor veszi igénybe a várandós, ha a szakorvos az általa megítélt veszélyeztetettség vagy szövődmény jellege alapján az állapotos nőt szükség esetén fekvőbeteg-intézmény várandós-szakambulanciájára vagy várandóspatológiai osztályára utalja be. Az intézmény a várandóst sürgős esetben beutalás nélkül fogadja, illetőleg felveszi.⁷⁴

A szociális/gyermekvédelmi intézmények közül a gyermekjóléti szolgálat érintett leginkább ebben a szakaszban. Feladata a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint számára a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutás szervezése⁷⁵. Ezenkívül a születendő gyermeke felnevelését nem vállaló várandós anyát tájékoztatja a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről, annak joghatásairól, valamint a gyermek egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokba történő elhelyezésének lehetőségéről és annak jogi következményeiről.^{76, 77}

Az egészségügyben jól szabályozott továbbküldési és jelzési utak azonosíthatóak. A védőnő a várandósgondozás keretében konzultál a gondozásban részt vevő szülész-nőgyógyász szakorvossal és a háziorvossal. A gondozás során tudomására jutott mindazon körülményről tájékoztatja az állapotos nő kezelőorvosát,⁷⁸ amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését.⁷⁹ A szülész-nőgyógyász szakorvos és a háziorvos egyaránt a megfelelő vizsgálatok során készült leletek másolatait – az érintett személy hozzájárulásával – megküldi a gondozott lakóhelye (tartózkodási helye) szerint illetékes védőnői szolgálatnak.⁸⁰ A gyermekvédelem területe felé a jelzési kötelezettséget részletesebben a gyermekvédelmi törvény szabályozza. Eszerint veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a háziorvosnak, a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé.⁸¹ A gyermekjóléti szolgálat és az illetékes védőnő haladéktalanul tájékoztatják egymást, ha a várandós anya válsághelyzetben van.⁸²

A gyakorlatban az oda-vissza jelzési utak nem működnek megfelelően. Amennyiben az egészségügyi alapellátók jelzéssel élnek a Gyermekjóléti Szolgálat felé, a visszajelzés nem minden esetben valósul meg, és azt sem lehet tudni pontosan, hogy a jelzést követi-e érdemi intézkedés. (7–8. ábra)

⁷³ 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4. § (2) bek.; 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet a területi védőnő-ellátásról 3.

⁷⁴ 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 8. § (1) bek.

⁷⁵ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2) bek.

⁷⁶ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11.§ (2) bek.

⁷⁷ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (3) bek.

⁷⁸ 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről 11. § (1) bek. A kezelést végző orvos az általa megállapított, az érintettre vonatkozó egészségügyi adatokról az érintettet közvetlenül tájékoztatja, és – amennyiben az érintett ezt kifejezetten nem tiltotta meg – azokat továbbítja az érintett választott háziorvosának.

⁷⁹ 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 3. § (1), (2) bek.

⁸⁰ 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 6. § (1) bek.

⁸¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1), (2) bek.

⁸² 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (3) bek.

A gyakorlatban az oda-visszajelzési utak nem működnek megfelelően. Az egészségügyi alapellátók jelzéssel élnek a Gyermekjóléti Szolgálat felé, a visszajelzés nem minden esetben valósul meg, és azt sem lehet tudni pontosan, hogy a jelzésnek van-e következménye.

PERINATÁLIS SZAKASZ

Legfontosabb intézményes szereplők: Szülész-nőgyógyász szakorvos, újszülöttsztyálya, perinatális/neonatalis intenzív centrumok, szakellátás: szemészet, audiológia, szűrőközpontok, ortopédia, egyéb szakorvos, kórházi védőnő, területi védőnő, házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos, speciális szakorvos, gyámhatóság.

A perinatális szakaszban optimális esetben a megszületése után a gyermek az újszülöttsztyálya kerül, ahol elvégzik az alapvizsgálatokat és a kiegészítő vizsgálatokat (laboratóriumi, képkalkotó, konzíliumok, anyagcsere-vizsgálat). A koraszülöttek, érett, problémás újszülöttek protokoll szerint a neonatalis/perinatális centrumokba kerülnek, ahol szintén lezajlanak a megfelelő szűrővizsgálatok.

Amennyiben a szülő lemond a gyermekéről, a kórház értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról.⁸³ Veszélyeztetettség esetén a területi védőnő, házi gyermekorvos felé küld jelzést az intézmény, mint az egészségügyi szolgáltatást nyújtók közül a kiemelt jelző szereppel rendelkező ellátók felé (akik pedig a gyermekjóléti szolgálatnak jeleznek).⁸⁴ A gyermek megszületéséről a kórházi védőnő értesítést küld a területi védőnőnek.⁸⁵ A védőnő a hazaadásról tájékoztatja az újszülött választott házi gyermekorvosát/háziorvosát, vagy ha ilyen nincs még, a területileg illetékes házi gyermekorvosát/háziorvosát.⁸⁶ A további gondozás során nagyon fontos a két szakterület részéről egymás kölcsönös tájékoztatása (gyermek fejlődése, felmerült problémák stb.).

HAZAKERÜLÉS UTÁN

Legfontosabb intézményes szereplők: védőnő, házi gyermekorvos, fejlődésneurológiai osztály, speciális szakrendelés, gyermekjóléti szolgálat, megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézmény, járási pedagógiai szakszolgálati intézmény, korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző egészségügyi rehabilitációs/rehabilitációs intézmény, infrastruktúra használatra szerződést kötött korai fejlesztést végző intézmények

A hazaérkezés után az újszülöttet meglátogatja a védőnő, majd a szokásjog alapján a házi gyermekorvosa/háziorvosa. A védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos együttműködve végzi a csecsemők ellátását/gondozását, az előírt szűrővizsgálatokat, tanácsadást. Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát/háziorvosát, egyben hozzáküldi a szülőt is. Ha valamilyen probléma merül fel a gyermeknél, szakellátókhoz vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg intézménybe/osztályra

⁸³ 149/ 1997 (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 64/A §.

⁸⁴ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1), (2) bek.

⁸⁵ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 8. § (4) bek.

⁸⁶ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról 3. §

irányítják. A szakrendelés felkeresése után a gyermeknek vissza kell mennie a beküldőjéhez. Az alapellátás a lelet alapján gondozásba veszi, figyelni a kontrollokon történő megjelenést, lehetőségeihez mértén segíti/támogatja a terápiát, fejlesztést. A fogadó intézményben történő terápiás ellátás mellett egészségügyi rehabilitációt, rehabilitációt végző magánellátók is részt vesznek az ellátásban, házi gyermekorvos/háziorvos és szakorvos is irányít oda gyerekeket.⁸⁷

Mivel az egészségügyi és a pedagógiai ellátást végző intézményeket nem köti össze jogszabály, csak javasolhatja az egészségügyi ellátó a köznevelési intézmény felkeresését, de nem utalhatja ellátásba a gyermeket. Probléma esetén a gyermek 0–3 éves kora között a szülőnek a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézménybe kell eljutnia, ahol a szakértői bizottsági tevékenység keretében egy komplex vizsgálat elvégzése után indokolt esetben sajátos nevelési igényt⁸⁸ állapítanak meg, és szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására. Korai fejlesztést csak a megyei szakszolgálatok szakértői bizottságai javasolhatnak, ellátási helyszínként a legközelebb lévő járási/kerületi pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelölik ki, vagy adott esetben saját intézményükben oldják meg azt. Ők tehetnek javaslatot a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthoni ellátására vagy a három évnél idősebb gyermekek bölcsődei ellátására is. Ha a korai fejlesztés és gondozás pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúrahasználatra vonatkozó szerződést kötött intézményben kerül sor.⁸⁹ Ilyen szerződés mellett láthatják el a gyerekeket a szakszolgálat szakemberei bölcsődékben, gyermekotthonokban, fogyatékos személyek otthonaiban, alapítványi fenntartású intézményekben.

A korábbiakhoz képest nagy változás, hogy a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottsága a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti.⁹⁰ Így a leghamarabb ellátásba kerülhet a gyermek, nem kell hosszú hónapokat várni a szakértői bizottság vizsgálatára ahhoz, hogy megkezdhesék a terápiás, fejlesztő foglalkozásokat.

A gyermekvédelmi törvény alapján, veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé.⁹¹ Ugyanakkor a jelzett szakemberek kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén.⁹² Amennyiben a szülők igénybe veszik a bölcsőde

⁸⁷ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §

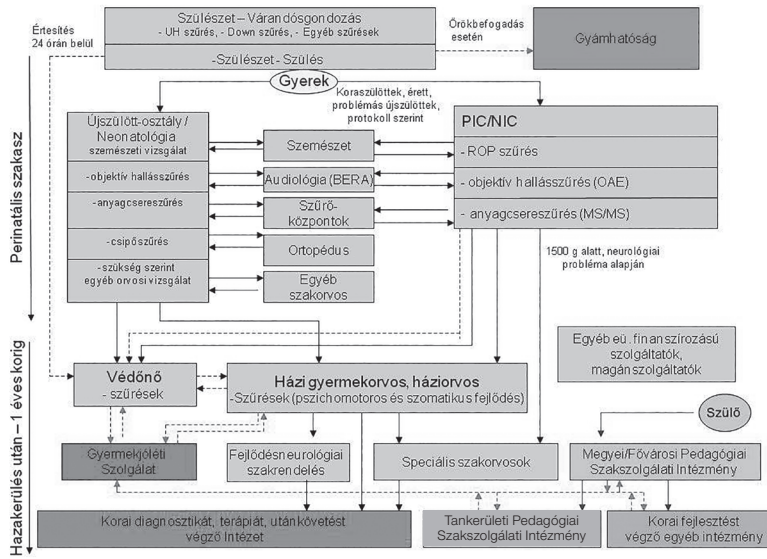
⁸⁸ Sajátos nevelési igényű (SNI) gyermek az, aki a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságának szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd-fogyatékos, valamint halmozottan fogyatékos, autizmus-spektrum-zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd. (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §)

⁸⁹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §

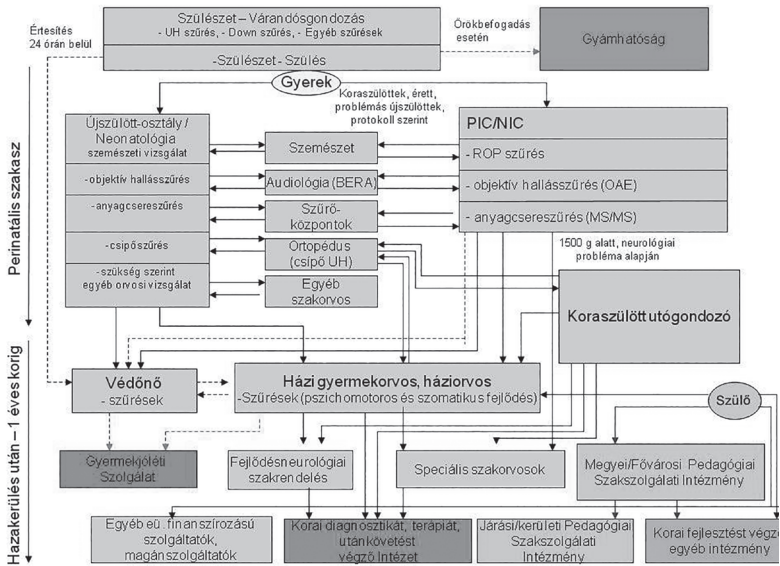
⁹⁰ Lásd 15/2013 (II. 26.) EMMI a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §. (2) bek.

⁹¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1), (2) bek.

⁹² 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2) bek.



9. ábra: A gyermek útja a jogszabály szerint
 Forrás: Kereki Judit



10. ábra: A gyermek útja a gyakorlatban
 Forrás: Kereki Judit

szolgáltatásait, mint személyes gondoskodást nyújtó intézmény, a bölcsőde is a jelzőrendszer tagjai közé tartozik.⁹³

A gyakorlatban a szülő magának tapossa ki az utakat, hiszen csak esetlegesen jut információhoz, ezért sokszor közvetlenül magánellátóhoz fordul gyermekével, vagy éppen az egészségügyi alapellátás szakembere irányítja oda, aki nem ismeri a pedagógiai szakszolgálat intézményét, illetve a szakértői bizottsági tevékenység tartalmát. A kiépítetlen, de nagyon fontos szerepet betöltő utógondozói hálózat működésére nincs egységes szabályozás. (9–10. ábra)

A jogszabály nem tartalmaz a koraszülött utógondozásra vonatkozó kitévelt, a gyakorlatban több kórházban működik koraszülött-utógondozó, ahonnan a gyermeket az ortopéd szakorvoshoz csípőszűrésre, vagy fejlődésneurológiai, speciális szakorvosi vizsgálatra irányítják, illetve a házi gyermekorvoshoz küldik, hogy utalja be a megfelelő szakorvosi vizsgálatra. Közvetlenül magánellátóhoz is kerülhet innen gyermek, olyan egészségügyi gyermek-habilitációs/rehabilitációs intézménybe, amely korai diagnosztikát, terápiát és utánkövetést végez. Akkor kerülnek innen pedagógiai/szociális intézményekbe, ha az egészségügyi szereplő elég tájékozott más szakterületeken nyújtható szolgáltatásokról, terápiás lehetőségekről. A szabályozatlanság miatt a szülők sokszor fordulnak magánellátókhoz, olyanokhoz is, akik komplex diagnózis nélkül végzik a terápiás, fejlesztő ellátást.

Hazakerülés után – későbbiekben felismert problémák

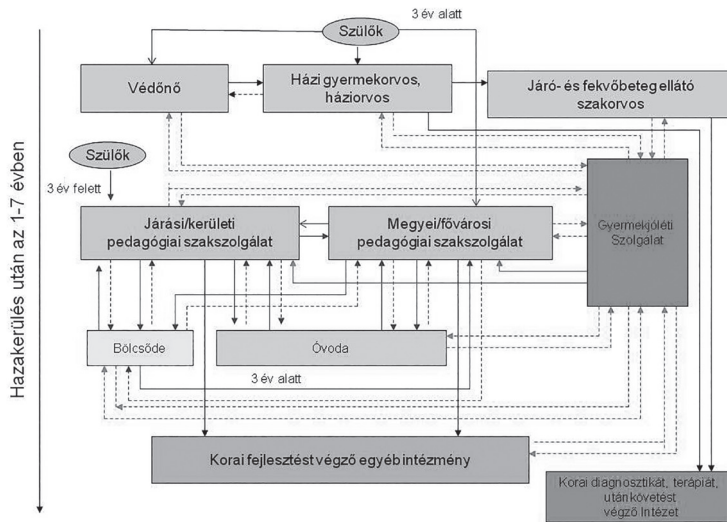
Legfontosabb intézményes szereplők: védőnő, házi gyermekorvos/háziorvos, járó- és fekvőbeteg-ellátó szakorvos, megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat (szakértői bizottsága), járási/kerületi pedagógiai szakszolgálat (szakértői bizottsága), bölcsőde, óvoda, korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző egészségügyi rehabilitációs/rehabilitációs intézmény, infrastruktúra használatra szerződést kötött korai fejlesztést végző intézmények

Amennyiben a kórházból való hazakerülés után a későbbiekben, otthon merül fel a probléma, többfelé ágazhat el a rendszerbe irányuló bekerülési útvonal. Egyrészt (a védőnő jelzésére) a házi gyermekorvoson/vegyes praxisú háziorvoson keresztül az egészségügyi szakellátásba kerülhet a gyermek. Másrészt elvileg a (tipikus) szabályozott út a pedagógiai szakszolgálati intézmények szakértői bizottságain keresztül vezet az ellátó rendszerbe.

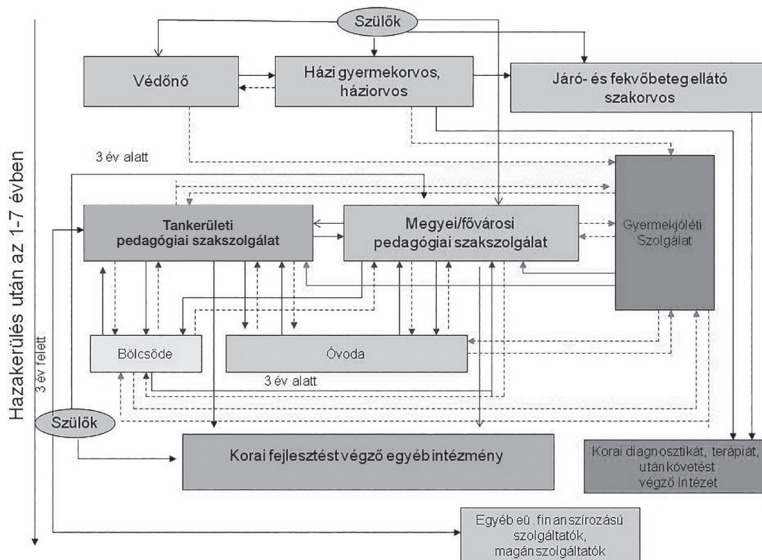
A 0–3 éves korú gyermekeket megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézmények szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberei vizsgálják és irányítják tovább. A 3 év-nél idősebb gyerekek esetében a tankerületi szakértői bizottság feladata a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése, a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megállapítása. Ha a tankerületi szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, továbbküldi a gyermeket a megyei szakértői bizottság felé.⁹⁴ Szakértői vizsgálat néhány kivételtől eltekintve a szülő kérelmére, illetve, ha az eljárást nem a szülő kezdeményezi, a szülő egyetértésével indul. A mozgásszervi fogyatékoság, az érzékszervi fogyatékoság, valamint

⁹³ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1), (2) bek.

⁹⁴ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. §. (1), (2) bek.



11. ábra: A gyermek útja a jogszabály szerint
 Forrás: KEREKI Judit



12. ábra: A gyermek útja a gyakorlatban
 Forrás: KEREKI Judit

a beszéd fogyatékoság megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat közvetlenül is kérhető, illetve kezdeményezhető az országos szintű területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szakértői bizottságnál. Ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat iránti kérelem elkészítésében.⁹⁵

A jelzőrendszer tagjai közé új intézmények lépnek be, hiszen az egészségügyi alapellátás szereplőin kívül a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. bölcsőde, családi napközi) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) veszélyeztettség esetén szintén jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgálat felé, illetve bántalmazás azonosítása esetén hatósági eljárást kezdeményezhetnek. A 3. életévtől, az óvodába kerüléssel lehetővé válik, hogy a gyermek – szükség esetén hatóság közreműködésével – komplex (gyógy)pedagógiai–pszichológiai–orvosi diagnosztikai vizsgálaton vegyen részt és a fejlődési szükségleteihez igazodó fejlesztésben, terápiás ellátásban részesüljön. A pedagógiai szakszolgálatok a folyamat során visszajelzést csak a szülőnek és a vizsgálatokat kezdeményező köznevelési intézményeknek adnak. (10–11. ábra)

A korábbi kutatási eredmények azt mutatják, hogy azokban a közigazgatási egységekben, ahol működik korai fejlesztő központ vagy annak logikája szerint működő centrális szerepben lévő intézmény, a „tipikus”-nak hitt út megfordul, hamarabb jutnak el a gyermekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről az ellátó intézménybe, mint a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai elé. A korai fejlesztő központok többnyire alapítványi formában működnek.⁹⁶ Vannak olyan közigazgatási egységek, ahol az ellátás súlypontját egészségügyi intézmény (gyermek-rehabilitációs intézmény) adja (pl. Borsod megye), ilyen esetben jellemzően a rendszer tovább benntartja a gyermekeket az egészségügyi ellátásban, később kerülnek el pedagógiai jellegű intézményekbe. A szociális, gyermekvédelmi jelzőrendszer (családsegítő, gyermekjóléti szolgálat) sokat tud segíteni abban, hogy az arra rászoruló gyerekek minél hamarabb ellátásba jussanak. Ahol a három különböző ágazat intézményei közötti kapcsolati háló elég kiterjedt és intenzív, gyorsabb az információáramlás, korábban bejutnak a gyerekek a pedagógiai jellegű intézményekbe.⁹⁷ Vannak olyan magánellátó intézmények, ahol nem végeznek diagnosztikus tevékenységet, úgy kezdik el a gyermekek terápiás ellátását, ide közvetlenül szülői megkeresésre, de az egészségügyi alapellátásban dolgozók javaslatára is kerülnek be gyerekek. Az oda-vissza jelzési utak nem működnek megfelelően.

Rendszerszinten a gyakorlatban problémaként azonosítható, hogy a különböző ágazati irányítás alatt működő intézményes szereplők nem kapcsolódnak egymáshoz, közöttük nincsenek egyértelműen kijelölt utak, vagy ha vannak, nem összehangolt a működés. A szülők annak érdekében, hogy gyermeküket minél hamarabb ellátáshoz juttassák, saját utakat taposnak ki, esetlegesen az ellátásba kerülés. Nem működnek jól az oda-vissza jelzések és nincsenek pontosan meghatározva a teendők. Hiányzik az integrált adatgyűjtési adatkezelési rendszer, valamint az egységes informatikai rendszer.

⁹⁵ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §

⁹⁶ Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest

⁹⁷ Kereki Judit (2010.): A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. In: Gyógypedagógiai Szemle, 1. sz., pp. 32–45.

Az ellátásba kerülést rendszerszinten akadályozó problémák

Korábbi kutatási eredmények szerint Magyarországon a koragyermekkori intervenciók ellátására szoruló gyerekek több mint egyharmada nem kapja meg a számára szükséges ellátást, szolgáltatást.⁹⁸ Ennek többféle oka van, főképp rendszerszintű problémák állnak a háttérben.

SZABÁLYOZÁSI, FINANSZÍROZÁSI KÖRNYEZET

A koragyermekkori intervenció három ágazatot is érint (az egészségügyi, a szociális és az oktatási területet), de nincs igazán felelőse, hiányzik az összehangolt döntéshozói együttműködés, ami nehézkessé teszi a rendszer működését. A koragyermekkori intervenció komplex terület, nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. A jelenlegi ágazati jogszabályokban szórványosan jelennek meg a korai ellátásra vonatkozó elemek, nehéz bennük az eligazodás, csak néhány ponton kapcsolódnak össze, ugyanakkor több szempontból tapasztalható párhuzamosság. Hiányzik a koragyermekkori intervenció egységes rendszerként való kezelése és ennek a szabályozásban való tükröződése, a jogszabályok harmonizációja. A közös nyelv kialakítását a terminológiai különbségek is akadályozzák. A változó szabályozási környezet mellett a finanszírozási háttér bizonytalansága is gondot okoz a működésben.⁹⁹

AZ INTÉZMÉNYRENDSZER ÁTALAKULÁSA

Az eddig működő intézményrendszer a kormányzati elképzelések következtében teljes átalakuláson/átalakításon megy keresztül. Az oktatási és a szociális területen egyaránt megtörtént az irányítás centralizálása. A köznevelés területén a többletszolgáltatásban részesülő gyerekeket ellátó pedagógiai szakszolgálati intézmények rendszere is átalakult, kétszintű intézményi struktúra jött létre. Az eddigi elkülönült intézményi keretek között működő tevékenységek a pedagógiai szakszolgálat által ellátandó tevékenységek közé kerültek. Így pl. a korai fejlesztés feladata, amelyet a korábbiakban többféle intézmény is elláthatott, ezentúl csak szakszolgálati keretben végezhető. Mivel a szakszolgálati rendszer még nem állt fel végössé formájában, és működésében hiányosságok tapasztalhatóak, a terepen dolgozó szakemberek bizonytalanok a jövőt illetően.

EGYÜTTMŰKÖDÉSEK HIÁNYA, KOMPETENCIÁK

Komoly probléma, hogy sem döntéshozói szinten, sem a helyi szinten nem alakulnak ki együttműködések. Bár a három kulcságazat döntéshozói között vannak törekvések a különböző fejlesztési projektek összehangolására, a közös stratégia kidolgozására az érintett témában nem került sor. Helyi szinten pedig akadnak jó gyakorlatok a kooperációra, de összességében jellemzőbb, hogy a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők

⁹⁸ Kereki, J. – Lannert, J. (irta és szerk.) (2009.): A korai intervenciók intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest.

⁹⁹ Kereki, J. (2013.): A koragyermekkori intervenciók rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

között nincs vagy gyenge a kapcsolattartás, nem működnek jól a kommunikációs csatornák, nem láthatóak egymás számára a szakmai tevékenységek. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit (illetve ezek a kompetenciák nem tisztáztak), hiányosan informáltak egymás munkájáról, az ellátói körben nem alakulnak ki helyi együttműködések. A szakemberek számára már a képésben is meg kellene jelenniük azoknak az ismereteknek, amelyek az ellátórendszerben való tájékozódásukat segítik.¹⁰⁰

SZABÁLYOZATLAN GYERMEKÚT

Komoly probléma, hogy nincs a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, szabályozott „gyermekút”, amely a felismeréstől az ellátásba kerülésig az ellátórendszerben való eligazodást segítené. Sokszor a helyi lehetőségek, a védőnő, házi gyermekorvos/háziorvos vagy éppen a szakorvos kapcsolatrendszere, a szülő motiváltsága határozza meg, hová jut el a gyermek. Jellemző, hogy azokban a közigazgatási egységekben, ahol korai fejlesztőközpont található vagy annak logikája szerint működő centrális szerepben lévő intézmény, a gyerekek akár az egészségügyből, akár a rendszeren kívülről hamarabb eljutnak az ellátó intézménybe, mint a pedagógiai szakszolgálatok komplex diagnosztizálást végző szakértői bizottságai elé.¹⁰¹

INFORMÁCIÓHIÁNY

A szülőknek nincsenek megfelelő információik, ismereteik arról, hogy adott probléma esetén hová fordulhatnak, kit kereshetnének fel, és sokszor a szakemberek sem tudnak ebben segíteni, hisz' ők maguk sem látják át az ellátórendszert, nem eléggé tájékozottak a lehetőségekről. Nem létezik olyan információs adatbázis, amely a legalapvetőbb tudnivalókról tájékoztat, hiányoznak azok a kiadványok, amelyek a továbblépés állomásait, az ellátó intézmények sajátosságait, a terápiás lehetőségeket tartalmazzák. A szülők gyermekük fejlődéséről, neveléséről saját lehetőségeikről sem elég tájékozottak, a szülői feladatokra való felkészültségük esetleges, a szülői tudatosság, kompetencia megerősítésében támogatásra szorulnak.¹⁰²

IRÁNYELVEK, PROTOKOLLOK, MINŐSÉGI STANDARDOK ÉS A KONTROLL HIÁNYA

Hiányoznak az intézmények együttműködésére és a különböző intézményekben folyó, egymást követő vagy egymással párhuzamos szűrő, diagnosztizáló vagy terápiás munka összehangolására, illetve az információk megosztására és hatékony kezelésére, valamint a visszacsatolásra vonatkozó átfogó, központilag meghatározott irányelvek, protokollok. A köznevelési törvény által nevesített korai fejlesztésnek, illetve a korai fejlesztőmunkának sincs protokollja, de sem a korai diagnosztikára nézve, sem az intézményes teamszerveződést

¹⁰⁰ U. o.

¹⁰¹ Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSKZ, Budapest

¹⁰² Kereki, J. (2013.): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: Gyógypedagógiai Szemle, 2013., XLI. évf., 1. sz., pp. 23–38.

tekintve nincs pontosan meghatározva, milyen képzettségű, végzettségű, milyen gyakorlattal rendelkező szakemberek végezhetik a különböző tevékenységeket. Arra sincs egységes protokoll, hogy a különböző fejlesztő, terápiás eljárásokat milyen életkorban és milyen esetekben érdemes és lehet használni. Hiányoznak a szisztematikus mérések, nem tudjuk, hogy ezek az eljárások mikor, milyen hatékonysággal alkalmazhatóak. Mindhárom ágazatban jelentkeznek a standardok hiányára és a szakmai ellenőrzés elégtelenségére visszavezethető problémák, amelyek akadályozzák a megfelelő minőségi munka elvégzését.¹⁰³

ADATGYŰJTÉS, ADATSZOLGÁLTATÁS ELÉGTELENSÉGE

A rendszerben nagyon sok adat keletkezik, jó részük felesleges, az adatstruktúra korszerűtlen, az adatgyűjtések nem összehangoltak, az adatok még egy ágazaton belül sem érnek össze. Az egyéni adatokat tartalmazó adatlapok, dokumentációk többnyire még mindig papír alapúak. Az intézmények sokféle adatot rögzítenek és gyűjtenek, de a bennük rejlő elemzési lehetőségek kihasználtsága alacsony fokú, hiányos az adatok lekérdezése, és komoly validitási problémák is felmerülnek az adatokkal kapcsolatban.^{104, 105} Az adatáramlási útvonalak szétszórtan jelennek meg, többféle jogszabályban rögzítettek, nem mutatnak egységes elveket. A szabályozási környezet lehetővé teszi a redundáns alap-adatnyilvántartást, amely nemcsak az erőforrás-felhasználásban, de a nagy mennyiségű információ keletkezésében, összehangolásában is pazarlást jelent.¹⁰⁶

KÉPZÉSBELI HIÁNYOSSÁGOK

Ahhoz, hogy az intézményes keretek között a rendszer elemei – adott esetben a szakemberek – megfelelően tájékoztatni tudják egymást és a szülőket, nekik maguknak is tájékozottnak kell lenniük. Nemcsak saját és más szakterületek szakembereinek kompetenciájáról, feladatairól, nemcsak a fejlődés állomásairól, a felismerés lehetőségeiről, a szűrési, diagnosztikus eljárásokról, hanem a fejlődés támogatásának lépéseiről, a fejlesztés területeiről, lehetőségeiről, az intézményrendszeréről, annak működéséről, a törvényi szabályozásról. Ezeknek a tudásoknak a megszerzését a képző intézmények kellene hogy biztosítsák, megfelelően készítve fel a szakembereket a koragyermekkori intervenció területén a saját szempontjukból adekvát feladatok ellátására.¹⁰⁷

¹⁰³ U. o.

¹⁰⁴ Fazekas K. – Köllő J. – Varga J. (szerk.) (2008.): Zöld könyv. A magyar közoktatás megújításáért. ECOSTAT, Budapest.

¹⁰⁵ „Közös Kincsünk a Gyermek” Nemzeti Csecsemő-és Gyermek-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégiát végrehajtó 1092/2007. (XI. 29.) Korm. Határozat

¹⁰⁶ Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

¹⁰⁷ Kereki, J. – Lannert, J. (irta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest

Az ellátórendszer alapfeladatainak ellátása

SZŰRÉS, JELZÉS

A szűrési eljáráshoz használt módszerek befolyásolhatják a szűrési eljárás eredményességét. A védőnők módszertani ajánlások alapján végzik el a szűréseket,¹⁰⁸ nem áll azonban rendelkezésükre egy egységes, standardizált fejlődési szűrőeljárás. A szűrések megfelelő szintű elvégzését befolyásoló tárgyi felszereltség, a körülmények, a hozzáértés vonatkozásában egyenlőtlenségek tapasztalhatóak.¹⁰⁹ A gyógypedagógiai, pedagógiai, pszichológiai szűrések rendszere nem áttekinthető. A jelzés folyamata részben szabályozott (elsősorban az egészségügy rendszerében), de többnyire az intézményes szereplőn múlik, mikor és milyen esetben jelez. Egy korábbi kutatásban az ellátásba bekerült gyerekek szüleinek 40%-a ítélte meg úgy, hogy nem kapott megfelelő jelzést az egészségügyi szereplőktől vagy nem időben kapta azt.¹¹⁰

DIAGNOSZTIKA

A diagnosztikai vizsgálatok a probléma pontos azonosítását szolgálják, amelyre egy megfelelően átgondolt terápiás, fejlesztő eljárást lehet alapozni. A köznevelés rendszerében a pedagógiai szakszolgálatok keretében működő szakértői bizottságok által elvégzett komplex vizsgálat alapján jut el a gyermek a megfelelő ellátóhelyre. Az országban a szakdiagnózist végző szakemberek a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságaiban és a diagnosztikai tevékenységet végző ellátó intézmények döntő többségében nem standardizált, elavult, nem engedélyezett, szerzői jogokat sértő vizsgálati eljárásokat használnak. Mindenki olyan eszközökkel mér, amit ismer, vagy ami rendelkezésére áll, illetve amit meg tud fizetni. Hiányzik az egységes diagnosztikai rendszer, és egy egységes diagnosztikai eljárási protokoll.¹¹¹

FEJLESZTŐ, TERÁPIÁS ELLÁTÁS

Az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások megválasztását sokszor behatárolja a szakember-kapacitás szűkössége, a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme. A szakértői bizottságok a diagnózisok mellé olyan terápiás, fejlesztő eljárásokat javasolnak, amelyet az adott megye intézményeiben biztosítani tudnak, annak elérhetősége, hozzáférhetősége garantált, ingyenes vagy anyagi vonzata minimális, és nem feltétlenül olyat, ami a fennálló állapoton leghatékonyabban tudna segíteni. Ehhez kapcsolódik az

¹⁰⁸ 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet 3. § dd) alpont

¹⁰⁹ Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest

¹¹⁰ U. o.

¹¹¹ U. o.

a probléma, hogy az alkalmazott terápiás, fejlesztő eljárások mögött nincsenek evidenciák, hatásuk nem mért.¹¹²

Szervezeti működési jellegzetességek

SZEMÉLYI FELTÉTELEK

A kora gyermekkori intervenció rendszerben az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák. Jelenleg Magyarországon kritikusan alacsony a feladatokhoz mért csecsemő- és gyermek szakorvosok száma. Az aktív házi gyermekorvosok átlagos életkora a 60 év felé közelít, ezért egyelőre nincs esélye a vegyes praxis felszámolásának.¹¹³ Az emberierőforrás-krízis a szakellátás keretében is befolyásolja az ellátás hatékonyságát. A perinatális (neonatólis) intenzívcentrumok szakemberei erősen leterheltek, ugyanúgy a pedagógiai szakszolgálatoknál a szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberek körében az esetszámra jutó szakemberlétszám kevés, folyamatos túlterheltséget okoz, ami meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét.¹¹⁴

INFRASTRUKTÚRA, KLIENSORIENTÁLTSAÉG

Az ellátó intézmények infrastrukturális ellátottságára nagyfokú heterogenitás jellemző. A perinatális (neonatólis) intenzívcentrumok nagy része nem megfelelő intézményi feltételek között dolgozik. Az intézmények fele működik csak a szüléset közvetlen közelében, egyharmaduk a kórházon belül, de másik épületben, relatíve távol a szülőszobától, a maradék egyhatednyi pedig gyermekklinikák osztályaként funkcionál.¹¹⁵ A műszerezettség tekintetében is nagyok az egyenletlenségek. Vannak korszerű inkubátorokkal és műszerekkel ellátott osztályok és a diagnosztika terén napi gondokkal küzdő intézetek. A szakértői bizottságok kétharmada elfogadhatónak vagy jónak tartja a körülményeket, egyharmaduk azonban kifejezetten kedvezőtlennek ítéli meg az infrastrukturális feltételeket.¹¹⁶

Az eredményességnek elengedhetetlen feltétele a folyamatos ellátás biztosítása, a fejlesztő, terápiás munka megszakítás nélküli végzése. A korai ellátást végző intézményeknek azonban csak az egyharmada tart nyitva egész nyáron (jellemzően az egészségügyi intézmények), 14 százaléka részlegesen tart nyitva, de bevallásuk szerint ekkor is végeznek terápiás,

¹¹² Kereki, J. (írta és szerk.) (2011.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest

¹¹³ Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére. Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

¹¹⁴ Kereki, J. (írta és szerk.) (2011.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárótanulmány. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest

¹¹⁵ Mészáros, J. (2007.): Újszülöttellátás, szállítás, PIC. OGYEI

¹¹⁶ Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. Kézirat. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest

fejlesztő tevékenységet, egynegyedük viszont csak ügyeletet tart és egy másik egynegyed egy-két hónapra bezár a nyári szünetben.¹¹⁷

STRUKTURÁLIS PROBLÉMÁK

Az ellátásokhoz való hozzáférést a szolgáltatások biztosításának területi egyenlőtlenségei is erőteljesen befolyásolják, amelyek szinte minden típusú szolgáltatást érintenek. A különbségek több dimenzióban is megmutatkoznak, a területi egyenlőtlenségeken túl a településtípusok, ágazatok, intézménytípusok, fenntartók és a szülők iskolázottsága mentén is azonosíthatók eltérések.

Ellátásbeli egyenlőtlenségek, területi különbségek. Az ellátásból kiszoruló és az ellátáshoz hozzájutó gyerekek és családok jellemzői

A koragyermekkori intervenciók ellátásokhoz való hozzáférést tekintve Magyarország régiói között óriási területi egyenlőtlenségeket tapasztalunk. Ez az egészségügyi alapellátást, szakellátást éppúgy érinti, mint a szociális és gyermekjóléti szolgáltatásokat, a pedagógiai jellegű ellátásokat, a fejlesztő, terápiás ellátásba való bejutás lehetőségeit vagy akár a szakember-ellátottságot. A hozzáférés szempontjából nemcsak területi szinten mutatkoznak jelentős eltérések, hanem a településtípusok, az intézménytípusok, illetve az ellátásba kerülő gyerekek szüleinek iskolázottsága mentén is.

TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEK

Az egészségügyi ellátás mutatói alapján Észak-Magyarország és Észak-Alföld egészségügyi ellátása a legkedvezőtlenebb. A társadalmi-gazdasági különbségekre is érzékeny csecsemőhalandósági mutató Észak-Magyarországon hosszabb ideje kiugróan magas értéket mutat. Az 5 év alatti korcsoportra nézve az észak-magyarországi régió orvosi ellátottsági problémákkal küzd. Nemcsak a házi gyermekorvosokra jutó gyermeklétszám itt a legmagasabb – bár ebben a tekintetben Észak-Alföldön is hasonló mutatót találunk – de a szakorvosok is itt a legleterheltebbek. Egy gyermekneurológusra és egy gyermekpszichiáterre is kétszer annyi gyermek jut, mint az országos átlag. Az utóbbi foglalkozáscsoport Nyugat-Magyarországon is leterhelt.118 A leghátrányosabb helyzetű települések több mint 30%-ában vegyes praxisú háziorvosok látják el a gyerekeket, akiknek kevesebb tapasztalatuk van a koragyermekkori fejlődés követésében. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 51% ez az arány (!).^{119, 120}

¹¹⁷ U. o.

¹¹⁸ Kereki, J. (írta és szerk.) (2011.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

¹¹⁹ Kádár, F., Paksy, L., Kálmán, M., Póta, Gy., Dolowschiák, A. (2010.): Ki látja el a gyerekeket 2020-ban? In: Hírvivő XV. évf. 4. szám, pp. 2–4.

¹²⁰ Kádár, F., Kálmán, M., Paksy, L., Paksy, A. (2011) Gyermekorvosok és háziorvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása. In: Hírvivő, XVI, évf., 11. sz., pp. 6–9.

A védőnői támogatás szintén a két északi régióban a legkevésbé biztosított. Míg a területi védőnő által gondozott családok száma Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon a legmagasabb, a betöltetlen területi védőnői állások száma éppen ebben a két régióban kiemelkedően magas a többi régióhoz képest. Az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a él a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben, ugyanakkor a települések felében gondot jelent a védőnői ellátás megszervezése.¹²¹ Észak-Magyarországon, ahol a legtöbb hátrányos helyzetű kistelepülés található (260), több mint 60%-ukban, a dél-dunántúli 216 település 70%-ában, az észak-alföldi 194 település majdnem felében nehezen érhető el rendszeres védőnői szolgáltatás. A védőnői feladatok megfelelő szintű ellátása éppen azokban a régiókban biztosítható legkevésbé, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. Ezek az adatok komolyan felhívják a figyelmet arra, hogy az említett területeken a koragyermekkori intervencióban oly fontos prevenció tevékenység nem működik elég hatékonyan, hozzáférési nehézségek akadályozzák a megfelelő ellátásba jutást. Országosan hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat, a neuroterápiás, illetve gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás.¹²²

A gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások hozzáférési, hatékonysági problémákkal küzdenek. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan, jelentős regionális ellátásbeli egyenlőtlenségek tapasztalhatóak. A működő bölcsődék a bölcsődés korúak 10%-ának tudnak férőhelyet biztosítani, és ezen az adaton az alternatív napközbeni ellátási formák sem javítanak számottevően. A napközbeni ellátás szempontjából Észak-Magyarországon a legkedvezőtlenebb a helyzet, az országban itt található a legkevesebb bölcsődei férőhely, miközben a korcsoportos népesség jelentős létszáma miatt az egy férőhelyre jutó korcsoportos népesség száma itt a legmagasabb. Az ország leghátrányosabb helyzetű településein a szociális ellátás nem biztosított, a települések kevesebb mint felébe nem jut el családsegítő, gyermekjóléti szolgálatot a települések kétötödében találunk.¹²³

A koragyermekkori intervenció intézményháló földrajzi mintázatára erős centralizáltság jellemző, egyértelmű fókusza a közép-magyarországi régió, az intézmények majdnem 30%-a található itt. A koragyermekkori intervenció ellátó intézmények fele pedagógiai jellegű intézmény, Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb az arányuk.¹²⁴ Az ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, ahol éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogatást segítséget, akik maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében.¹²⁵

¹²¹ Odor, A. (2007) A védőnői rendszer működésének bemutatása a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása. Tanulmány. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

¹²² Kereki, J. (írta és szerk.) (2011.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

¹²³ U. o.

¹²⁴ U. o.

¹²⁵ Kereki, J. (2010.): A fogyatékoság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In: Kolosi, T. – Tóth, I. Gy. (szerk.) Társadalmi Riport. Budapest, TÁRKI

TELEPÜLÉS-, INTÉZMÉNYTÍPUSONKÉNTI ÉS BEKERÜLÉSI ÉLETKOR SZERINTI KÜLÖNBSSÉGEK

A koragyermekkori intervenciók ellátásában részesülő gyerekek több mint 50%-át Budapesten látják el (miközben itt a 0–4 éves népességnek csak 16%-a lakik). Jellemzően a nagyvárosokban szerveződnek színvonalas ellátást nyújtó intézmények, de a kisebb településeken, különösen a falvakban lakók számára a speciális szolgáltatások elérhetetlenek. Az elérhetőség szempontjából különösen Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon kedvezőtlenek a feltételek, amit sokszor az ellátásba kerülést megkönnyítő belső hálózat (decentrumok) kialakításával, illetve az utazó tanári szolgálat megszervezésével sem lehet áthidalni. A legnagyobb ellátási gondokat az észak-magyarországi régió mutatja, amelynek megyéi szinte minden mutatóban alatta vannak az országos átlagnak.¹²⁶

Az intézmények közül a perinatális (neonatólis) intenzívcentrumok és a szakértői bizottságok küzdenek a legnagyobb szakember-ellátottsági problémával. A fejlesztő, terápiás, rehabilitációs ellátást végző intézményekben dolgozó szakemberek átlagos leterheltsége a korai fejlesztő központokban és az egészségügyi rehabilitációs/rehabilitációs intézményekben a legnagyobb.¹²⁷ A gyermekek intézménybe való bekerülésének átlagos életkora a dél-dunántúli régióban a legalacsonyabb (itt átlagosan 16 hónapos korukban kerülnek be az ellátásba a gyermekek). A régióban az egészségügyi szereplők (perinatális intenzívcentrumok, házi gyermekorvosok, védőnők) és a pedagógiai, szociális intézmények közötti stabil kapcsolódások, a kiterjedtebb kapcsolati háló és gyorsabb információáramlás megkönnyíti a gyerekek bejutását az egészségügyből a pedagógiai jellegű, illetve szociális ellátórendszerbe. Az intézményes ellátásból kikerülő gyerekeknél is ebben a régióban regisztráltak legmagasabb javulási arányt. Azokban a régiókban, ahol a szociális/gyermekvédelmi ellátóintézmények a többi régióhoz képest túlsúlyban vannak (Közép-Dunántúl, Észak-Alföld), magasabb átlagéletkorban kerülnek be a gyerekek az ellátásba, mint a többi régióban (átlagosan 2,7, illetve 2,4 éves korban).¹²⁸

SAKEMBER-ELLÁTOTTSÁG EGYENLŐTLENSÉGEI

A perinatális (neonatólis) intenzívcentrumok működésében óriási gondot okoz a szakemberhiány, mint ahogy a pedagógiai szakszolgálati intézményeknél diagnosztikus feladatot ellátó szakértői bizottságoknál is erőforráshiánnyal küzdenek. A szakemberek leterheltek, nagy az esetszám, hosszú a vizsgálatra való várakozási idő, bár kétségtelen, hogy a korai vizsgálatok mindenhol preferáltak.. A 18 hónap alatti kisbabák szakorvosi igazolás alapján közvetlenül ellátásba juthatnak, ám a kapacitásproblémák miatt sokszor a gyermekneurológus vizsgálatára is heteket kell várni. A szakértői bizottságok némelyikénél az is problémát okoz, hogy

¹²⁶ Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenciók intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest.

¹²⁷ U. o.

¹²⁸ Kereki, J. (írta és szerk.) (2011.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

*nincs a bizottságnál (de a megyében sem) olyan szakember, akinek a vizsgálata elengedhetetlen lenne a komplex diagnózis felállításához.*¹²⁹

A különböző régiókban nem egyformán biztosított a speciális képzettségű – mozgásfejlesztő, értelmi, érzékszervi, pszichés, illetve a kommunikációs és nyelvi fejlődés zavaraival foglalkozó – szakemberek elérhetősége. Dél-Alföldön, Dél-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legszélesebb a szakemberválaszték. Közép-Dunántúlon és Észak-Alföldön a legkedvezőtlenebb a rendelkezésre álló speciális szakemberek elérhetősége. A rendelkezésre álló gyógypedagógiai szakmai kínálat nem feltétlenül igazodik a speciális szükségletekhez. Egyes régiókban a koragyermekkori intervencióban megfelelően jártas, képzett gyógypedagógus-kínálat szűkössége kényszermegoldásokat indukál. Egyes fogyatékosági területek ellátásában is tapasztalhatók egyenlőtlenségek. Észak-Magyarországon az érzékszervi fejlesztéssel foglalkozó szakemberek elérhetősége a többi régióhoz képest a legkedvezőtlenebb.¹³⁰

Az egyes diagnosizokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások nem mindig konzisztensek. A terápiák megválasztását sokszor behatárolja a szakember-kapacitás szűkössége, a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme. A szakértői bizottságok a diagnosizok mellé olyan terápiás, fejlesztő eljárásokat javasolnak, amelyet az adott közigazgatási egység (megye) intézményeiben biztosítani tudnak, annak elérhetősége, hozzáférhetősége garantált, ingyenes vagy anyagi vonzata minimális, és nem feltétlenül olyat, ami a fennálló állapoton leghatékonyabban tudna segíteni. A különböző terápiákat jellemzően eltérő életkorú gyermekeknek használják, ám a rendelkezésre álló szakemberek végzettsége és a terápiás repertoár nem feltétlenül illeszkedik a gyermek életkorához. Így előfordul, hogy olyan mozgásfejlesztő eljárás (adott esetben az alapozó terápia), amelyet öt éves vagy annál idősebb gyerekek esetében alkalmaznak, a legfiatalabb gyerekek 14%-ánál épül be a komplex fejlesztő folyamatba.¹³¹

AZ ELLÁTÁSOK ELÉRHETŐSÉGE, AZ ANYA ISKOLAI VÉGZETTSÉGE

A szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba való eljutást az utaztatási nehézségek és az anyagi források szűkössége erősen befolyásolja. Regionális összehasonlításban az anyagi megterhelés az észak-alföldi szülők esetében nagyobb gondot okoz, mint más régiókban. A közlekedés nehézségei leginkább Dél-Dunántúlon jelentenek problémát. Gyakorlatilag a családok egy részének anyagi helyzetéből fakadóan elérhetetlenek bizonyos szolgáltatási formák. Az utazást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ugyan finanszírozza, de utófinanszírozással, ami nem minden gyermek, illetve család részére könnyíti meg az ellátásba kerülést.¹³²

A korai fejlesztést, terápiás ellátást nyújtó intézményekbe bekerülő különböző állapotú gyerekek közül az enyhe elmaradással küzdők esetében a felsőfokú végzettségű anyák gyermekeinek aránya jelentősen magasabb, de azt is látjuk, hogy a súlyos és halmozottan súlyos állapotú gyerekeket nézve éppen ellenkezőleg, a legalacsonyabb végzettségű anyák gyerme-

¹²⁹ U. o.

¹³⁰ U. o.

¹³¹ U. o.

¹³² Kereki, J. (2010.): A fogyatékoság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In: Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.) Társadalmi Riport. Budapest, TÁRKI

keinek aránya a magasabb. Emögött feltételezhetően az állhat, hogy a legiskolázottabbak a kisebb eltérésekre is jobban figyelnek, hamarabb elviszik szakemberhez a gyermekeiket, míg a kevésbé iskolázottak a probléma felismerésére kevésbé érzékenyek, a szűrés-jelzés hiányosságai, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei jobban érintik őket, s ezért inkább a feltűnőbb, súlyosabb problémával küzdő gyermekeik jutnak el hamarabb ellátásba.¹³³

Az anya iskolai végzettségének arra is hatása van, hogy milyen jellegű intézménybe kerül el a gyermek. A korai fejlesztőközpontokba és az egészségügyi rehabilitációs/rehabilitációs intézményekbe kerülnek be legmagasabb arányban felsőfokú végzettségű anyák gyermekei. A legfeljebb alacsony végzettségű szülők gyermekei ugyanakkor az elsősorban súlyosabb állapotú (középsúlyos, súlyos, illetve halmozottan sérült) gyerekek ellátását végző fogyatékos személyek ápoló, gondozó otthonába jutnak el jóval magasabb arányban, mint a többi intézménybe.¹³⁴ A közép-magyarországi intézményekből kikerült gyermekekre jellemző leginkább, hogy az intézménybe kerülés előtt máshol is kaptak korai fejlesztést, terápiás ellátást. A szülők iskolázottsága befolyásolja, hány intézménybe viszi el gyermekét a szülő. A legmagasabb iskolai végzettségű szülők a státusszal együtt járó magasabb jövedelem függvényében nemcsak több intézménybe jutnak el gyermekükkel, de gyakrabban veszik igénybe alapítványok, magánellátók szolgáltatásait.^{135, 136}

Felhasznált irodalom

- Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenciók rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. – Hallgatói Jegyzet. TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program. GYEMSZI
- Kereki Judit, Dr. Bauer Viktor, Gyarmathyné Doma Gabriella, Dr. Kujalek Éva, Nyuli Krisztina, Dr. Nádor Csaba, Dr. Schultheisz Judit, Somodi Andrea, Dr. Újhelyi János, Vámos Éva: Gyermekút – Jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell. TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program. OTH

¹³³ Kereki, J. (írta és szerk.) (2011.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Kézirat megjelenés alatt. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

¹³⁴ Kereki, J. (2010): A fogyatékos és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In: Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.) Társadalmi Riport. Budapest, TÁRKI

¹³⁵ Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009): A korai intervenciók intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest

¹³⁶ Kereki, J. (2010): A fogyatékos és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In: Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.) Társadalmi Riport. Budapest, TÁRKI



10. TÉMA: A VÉDŐNŐ SZAKMAKÖZI (INTERPROFESSZIONÁLIS) ÉS ÁGAZATKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSE A KORAGYERMEKKORI ELLÁTÁSBAN (19–20. ÓRA)

Cél: Megismertetni a hallgatókat a szakmai együttműködés és szakmaközi együttműködés fogalmával és jellemzőivel. Bemutatni a koragyermekkor ellátásban közreműködő szakmaközi (interprofesszionális) és ágazatközi intézményeket, azok szakembereit, és a szakemberek által nyújtott szolgáltatásokat. Szemléleti megalapozást nyújtani a koragyermekkor ellátásban közreműködők holisztikus, rendszerszemléletű és mértékadó szakmaközi, valamint ágazatközi együttgondolkodása, illetve együttműködése számára.

10.1. ALTÉMA: SZAKMAKÖZI (INTERPROFESSZIONÁLIS)/ ÁGAZATKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉS ÉS JELLEMZŐIK

Feldolgozandó témák

- Szakmai együttműködés fogalma
- Interdiszciplináris, transzdiszciplináris és interprofesszionális fogalmak közötti különbségek
- A szakmaközi együttműködések létjogosultsága
- Szakmaközi tevékenység jellemzői
- Szakmaközi tevékenység feltételei
- Szakmaközi együttműködés előnyei és hátrányai
- Szakmaközi együttműködés összetevői
- A szakmaközi együttműködés fő munkaformája, az esetkonferencia jellemzői
- A szakmaközi együttműködés folyamata
- Az ágazatközi együttműködés környezeti feltételei

A tartalom részletes kifejtése

10.1.1. Ágazatközi együttműködés a koragyermekkorai ellátásban – Szakmai együttműködés és a szakmai együttműködések lehetséges formái

ÁGAZATKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉS A KORAGYERMEKKORI ELLÁTÁSBAN

A koragyermekkorú gyermeket nevelő családok élete természetes módon több szakma és ágazat ellátórendszeréhez kapcsolódik az egészségügytől az oktatáson át a szociális ellátásig. A gyermekek/családok speciális szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek biztosítása a korai felismerés és a fejlődési elmaradások kezelése érdekében, a gyermekek/családok egészségügyi, szociális, gyermekjóléti és oktatási szolgáltatásokhoz való hozzájutásának segítése szakmaközi és ágazatközi együttműködésben megvalósuló támogatás.

A hatékony koragyermekkorai ellátás feltétele az ágazatok közötti összehangolt együttműködés, a hatékony ágazatközi kommunikáció és a szakmák közötti együttműködés. Fontos, hogy a különböző szakemberek, szolgálatok és intézmények úgy működjenek együtt – egymás munkáját is segítve –, hogy ennek eredményeképpen a gyerekek/családok a lehető legkorábban hozzáférjenek a fejlődésüket támogató szolgáltatásokhoz.

A koragyermekkorai időszak – a későbbi életút megalapozásaként – kihívás a holisztikus, rendszerszemléletű és mértékadó tudomány- és szakmaközi, valamint ágazatközi együttgondolkodás, illetve együttműködés számára. (Balázs, 2011)

A rendszerszerű működést alapvetően kedvezőtlenül befolyásolja az a sajátosság, hogy a koragyermekkorai intervenció felelőssége három szakterület – az egészségügyi, a szociális és az oktatási – között oszlik meg. A koragyermekkorai intervenció komplex terület, amelyet nehéz ágazati megközelítéssel összefüggően lefedni. (Kereki, 2013)

SAKMAI EGYÜTTMŰKÖDÉS FOGALMA

Szakmai együttműködés (kooperáció) a segítő foglalkozásban másakra irányuló olyan magatartás, mely elsődleges szándéka szerint egy harmadik fél (kliens/klienscsoport) számára teremt előnyös feltételeket. A szakmai együttműködést elsősorban szakmai szükségletek, célok motiválják, szakmai tartalmakra irányul és szakmai kommunikáció kimondott/ki-mondatlan szabályai mentén formálódik

Kereki és munkatársai szerint (2012) a legtöbb országban a szakemberek interdiszciplináris teamekben működnek, bár vannak országok, ahol még mindig a multidiszciplináris működés zajlik. Kevés országban számolnak be a legmagasabb szintű együttműködésről, a transzdiszciplináris munkáról.

A koragyermekkorai ellátásban a legtöbb országban a szakemberektől jelenleg elvárt együttműködési forma az interdiszciplináris teamekben való működés, bár sok esetben még mindig multidiszciplináris működés zajlik. Czeizel Barbara (2009) szerint a koragyermekkorai intervenció szolgáltatásaiban részt vevő lehetséges szakemberek jó esetben interdiszciplináris teamekben dolgoznak transzdiszciplináris szemlélettel. Mit is jelentenek a következő fogalmak: team, interdiszciplináris, multidiszciplináris és transzdiszciplináris? Miután

a szakmai fogalomhasználatban is, de még a vonatkozó szakirodalomban is többnyire szinonimaként használják, feltétlenül fontos különbséget tenni az interdiszciplinaritás, a multidiszciplináris és a transzdiszciplinaritás között.

A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN ÉRVÉNYESÜLŐ KÜLÖNBÖZŐ ELLÁTÁSI SZEMLÉLETEK

A koragyermekkori ellátás megszervezésnek legjobb módja a teammunka, ez biztosítja legjobban a megfelelő ellátást. (A team kis, funkcionálisan tagolt, hierarchiától mentes munkacsoport, mely interaktív és intenzív kölcsönös együttműködés folyamán közös célokat dolgoz ki és valósít meg.) A különböző szakértelmű szakemberekből álló team a gyermek, illetve a család szükségleteihez igazodva szerveződik

Az interdiszciplinaritás tradicionálisan a tudományok közötti tudástartalmakra, kompetenciákra és kutatási együttműködésekre, képzésekre, az azt művelő szakemberekre és tevékenységükre utal.

Multidiszciplináris működés esetén különböző szakemberek egy időben, párhuzamosan egymás mellett foglalkoznak a gyermekkel, de munkájuk során nem igazán érintkeznek egymással.

Máig legkevésbé kidolgozott, alkalmazott és inkább a viták tárgya a transzdiszciplinaritás fogalma. A transzdiszciplinaritás jelentése több tudományterületet érintő. Ebben az együttműködési keretben sokféle szakértő dolgozik együtt egy integrált szolgáltatási modellben úgy, hogy sokkal kevesebb számú szakember érintkezik a családdal (a teambe a gyermeket és a családját is integrálják egy kulcsszemély segítségével: koordinátorok, akik felvállalják, hogy kapcsolatot tartanak a szülők és a szakemberek, illetve a szolgáltatók között, valamint folyamatosan segítenek az információszolgáltatásban, a tervezésben és a folyamatok menedzselésében), mivel az egyes szakemberek már képesek több szakma átívelő tudását és gyakorlatát egyszerre alkalmazni azáltal, hogy a háttérben a team tagjai valóban szorosan együttműködve dolgoznak.

A jövőre vonatkozó – az egészségügyben és a jóléti szolgáltatásokban, illetve szociális ágazatban már alkalmazott – kívánatos együttműködési forma, a különböző szakmák, ágazatok képviselőinek szakmai együttműködése, az interprofesszionális (szakmák közötti) együttműködés lehetne (Leathard, 1994). Az interprofesszionális munka két vagy több, különböző foglalkozási ághoz tartozó szakma képviselőinek időleges vagy hosszabb távú együttműködése. A szakmák közötti munka lényege a különböző szakmák képviselőinek közös kommunikációja és együttműködése, amelynek során a csoportdinamika jótékony hatása segítségével, a közreműködő szakemberek, meglévő és megtermelt tudásukat és erőforrásukat megosztják egymás között, egy közösen meghatározott cél/ügy elérése érdekében, közösen meghatározott, eldöntött, szinergikus, kreatív eljárásmodok alkalmazásával, magasabb minőségi szintre emelése, és ezzel a problémák kezelése és megoldása (Budai, 2009).

Az interprofesszionális tevékenység tehát alapvetően a különböző szakmák reprezentánsainak folyamatos együttműködését jelenti, s amelynek minőségét emeli, ha az együttműködő szakemberek stábjai-val-teamjeivel közreműködnek különböző nonprofit és civil alapítványok, egyesületek, szervezetek, ez vezet el a szektorok közötti együttműködéshez (Nárai, 2008).

10.1.2. A szakmaközi együttműködések létjogosultsága, a szakmaközi együttműködés jellemzői

A szakmaközi együttműködésre akkor van szükség, ha a problémák:

- állandóan ugyanazok,
- bonyolultak, összetettek,
- megoldására több, sajátos erőforrásra van szükség,
- egyetlen szakma önmagában csak részben tud kezelni (de nem megoldani),
- természetéből következik.

A szakmaközi tevékenység jellemzői:

- holisztikus szemlélet,
- a szakmák (és egymás) kompetenciáinak tartása,
- építő jellegű eszmecserek, viták és konfliktuskezelés,
- az áttekinthető felelősségmegosztás.

A szakmaközi tevékenység feltételei:

- A szolgáltatásnyújtás átfogó jellegének megértése, erre való érzékenység.
- Közös érdekeltség felismerése és partnerség az együttműködésben, illetve annak kialakítása.
- Egymás szerepeinek megismerése és elfogadása.
- Célorientáltság, feladat- és problémamegoldó jelleg.
- Az egyéni és a csoportfelelősség körvonalazottsága.
- Saját és egymás kompetenciáinak, szakmai lehetőségeinek ismerete, a szakmai kompetencia eszközként való használata.
- Feladattudat.
- Tudásmegosztás.
- Más szakmák értékeinek, tudásának elfogadása.
- Mások partnerként történő elfogadása, elfogadása annak, hogy minden szakma azonos hozzájárulás ad(hat).
- Kétirányú, nyílt, gyakori és hiteles kommunikáció.
- Szakmák közötti hierarchia és feszültségek csökkenése (elfogadni, hogy egyik szakma sem felsőbbrendű a különböző társadalmi presztízis ellenére sem!).
- Partnerek közötti egyenlőség.
- Kölcsönös elkötelezettség.
- Az együttműködés tartalmi/formai kereteinek közös kidolgozása, tervezése és előkészítése.
- Személyes kapcsolatok fejlesztése, ápolása, bizalmi légkör fenntartása.
- Közös és különböző értékek elfogadása.
- Rugalmasság, fegyelmezettség, kölcsönösség, kitartás.
- Nyitottság, egymás iránti nagyfokú tisztelet.
- A csoportvezetés direkt technikáinak alkalmazása.

A szakmaközi együttműködés:

Előnyei:

- hatékonyabb stábmunka,
- konstruktív kooperáció,
- elégedettebb környezet,
- szélesebb társadalmi hatás,
- gyakorlatias, hatékony, minőségre törekvő szolgáltatás,
- a források sikeres használata,
- rizikók csökkentése,
- a merev szakmai keretek oldása,
- motiváltabb közreműködők,
- költséghatékonyság.

Hátrányai:

- nem mindig egyértelmű távlatok,
- esetlegesen ellentmondásos tevékenységek,
- időigényesség,
- különböző szakmai nyelv, stílus,
- különböző szakmai értékek,
- különböző képzettség,
- az egyes szakmai kompetenciák, identitás, lojalitás elvesztése,
- nehéz értékelés.

A szakmaközi együttműködés összetevői:

- Adott kultúra/társadalom által közvetített minták a kooperáció stratégiáiról.
- Ágazatok közötti együttműködés adott állapota, minősége.
- Adott szervezeten belüli viszonyok, az együttműködési színvonala a szervezet egyes alrendszerei között.
- Adott szakmai szerepkör, feladatkör milyen elvárásokat tartalmaz, milyen készségeket igényel, és milyen lehetőségeket biztosít a kooperatív magatartáshoz.
- Személyes jellemzők: életszemlélet, érték-orientáció, szociális kompetencia, kooperációs készség színvonala.

A szakmaközi együttműködés fő munkaformája, az esetkonferencia jellemzői:

- Jellemző rá az interprofesszionális (különböző szakmák részvétele) és az intézményköziség
- Olyan szakemberekkel dolgozik, akik mindegyike valamilyen szinten érdekelt a gyermek/család problémájának megoldásában
- Célja: több intézmény, szolgáltatás munkájának, tevékenységének összehangolása, az érintettekkel közös cél meghatározása, feladatok, irányok, kompetenciák tisztázása. A segítő tevékenység tervezésével, az esetvezetéssel kapcsolatos problémák „teamben” való megbeszélése.
- Közösén dolgozzák ki az akciótervet
- Ennek végrehajtásában tevékenyen is részt vesznek
- Közösén döntenek arról, hogy kik, miben, és hogyan dolgoznak majd

- Adott helyzetekre szerveződik: egy-egy esetre vonatkozóan
- Feladattudat és nem csoporttudat jellemzi

A szakmaközi együttműködés folyamata:

- Közös cél meghatározása
- Munkafolyamat tervezése (tisztázni, hogy kinek mi a szerepe, hol vannak a kompetencia határok)
- Folyamatos kapcsolattartás, konzultáció, részeredmények megosztása
- Szükség esetén a terv újragondolása
- Közös értékelés
- Szükség esetén hosszú távú célok kitűzése, kapcsolattartás, eredményfenntartás

Az ágazatközi együttműködés környezeti feltételei:

- Aktuálpolitikai és szakmapolitikai irányelvek, trendek.
- Jogszabályi környezet.
- Helyi szakmapolitikai stratégia megléte/hiánya.
- Pénzügyi források szétosztásának stratégiája.
- Szolgáltatási rendszer struktúrája.
- Ellátási terület földrajzi szerkezete, közlekedési lehetőségek stb.
- Helyi döntéshozók a szakma, az intézményközi és az ágazatok közötti kooperációt mennyire kezelik prioritásként (elvárják, támogatják, serkentik)?

Felhasznált irodalom

- Balázs I. (szerk.): A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások Biztos Kezdet Kötetek II. Budapest, 2011 Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (korábban Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet) – Gyerekesély project – www.biztoskezdet.hu (letöltés időpontja: 2013. 04. 29.)
- Budai I.: Az interprofesszionális együtt működés és a szociális munka. *Esély* 2009/5. pp. 83–114.
- Czeizel B. (2009): A koragyermekkorai intervenció múltja, jelene és remélt jövője *Gyógypedagógiai Szemle* 2009/2–3. – http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=24&jaid=316 (letöltés időpontja: 2013. 04. 28.)
- Kereki J. (szerk.) (2012.): PR8 dokumentum – Javaslat(ok) adaptálható elemek beépítésére a hazai kora gyermekkorai ellátás egységes szemléleten alapuló protokolljainak kialakításához, amely figyelembe veszi legalább két nemzetközi jó gyakorlat elemzésének eredményeit – A.I.M. 2011 Konzorcium – Készült: az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. megbízásából a „TÁMOP 3.1.1. – 21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció” című kiemelt projekt, 4. pillér: Sajátos nevelési igényű gyermekek oktatási szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférést biztosító tevékenységek (cél: a tartalom- és módszertani fejlesztési, szolgáltatási és hálózatkoordinációs tevékenységek számára eszközrendszer biztosítása az együttneveléshez) keretében – http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/javaslatok_protokollok_korai_1.pdf (letöltés időpontja: 2014. 04. 28.)
- Kereki J. (2013.): A koragyermekkorai intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei 2013/1, *Gyógypedagógiai Szemle*, pp. 23–38.
- Leathard, A. (szerk.) (1994.): Az inter-professionalitás felé. *Együttműködés az egészségügyben és a jóléti szolgáltatásokban (Going Inter-professional, Working Together for Health and Welfare)*. London, New York: Rotledge – www.eipen.sze.hu/anyagok/docs/going_interprof.doc (letöltés időpontja: 2014. 04. 07.)
- Nárai M. (2008.): A nonprofit szervezetek helye és szerepe a helyi társadalmak életében. A nyugat-dunántúli nonprofit szektor feltárása. PhD-disszertáció, ELTE, Társadalomtudományi Kar, Budapest

10.2. ALTÉMA: SZAKMAKÖZI ÉS ÁGAZATKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉS INTÉZMÉNYI ÉS SZAKEMBER SZEREPLŐ, AZ ÁLTALUK NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÁSOK A KORAGYERMEKKORI FEJLŐDÉS KÖVETÉSÉBEN, A KORAI INTERVENCIÓBAN

Feldolgozandó témák

- A koragyermekkorai fejlődés követésében részt vevő intézmények
- A koragyermekkorai fejlődés követésében részt vevő szakemberek
- A koragyermekkorai fejlődés követésében részt vevő intézmények és szakemberek szolgáltatása

A tartalom részletes kifejtése

Bevezetés

A koragyermekkorai fejlődés követésében, az eltérő vagy megkésett fejlődés felismerésében, diagnosztizálásában és jelzésében, a korai fejlesztésben, illetve a korai intervencióban együttműködő intézményrendszer résztvevői azok az egészségügyi, oktatási, szociális szereplők (intézmények, illetve annak képviselői), akik a speciális támogatást igénylő (a szociálisan veszélyeztetett és/vagy sérülten született, fogyatékos vagy eltérő, illetve megkésett fejlődésű, és/vagy a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett) gyermekekkel, illetve családjakkal a gyermek fogantatásától az iskoláskorig kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, egyrészt a szűrés, jelzés folyamatához, másrészt a minősítés, diagnosztika szakaszához, harmadrészt az ellátások, juttatások, szolgáltatások rendszeréhez kapcsolódik.¹³⁷

¹³⁷ „Kereki Judit: Majd kinövi (?)” Koragyermekkorai intervenciók rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés. Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja – Hallgatói Jegyzet, III. modul: Az intézményrendszer, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést akadályozó tényezők, ellátásbeli egyenlőtlenségek. TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkorai (0–7 év) program. GYEMSZI

FELADAT

Alakítsanak 3-5 fős kiscsoportokat, majd a kiscsoportok gyűjtsék össze és jegyezzék le – az alábbi feladatmegosztásnak megfelelően –, hogy a koragyermekkorai fejlesztésben és intervencióban az egészségügyi, oktatási és szociális szereplői (intézmények, illetve annak képviselői) közül melyek kerülhetnek kapcsolatba a speciális támogatást igénylő (a szociálisan veszélyeztetett és/vagy sérülten született, fogyatékos vagy eltérő- illetve megkésett fejlődésű és/vagy a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett) gyermekekkel illetve családjakkal a gyermek fogantatásától az iskoláskorig! Az intézmények felsorolásán és a közreműködő szakemberek megnevezésén túl határozzák meg az általuk nyújtott szolgáltatásokat is!

1. csoport: Egészségügyi ágazat: intézményei, szereplői és szolgáltatásai
2. csoport: Oktatási ágazat: intézményei, szereplői és szolgáltatásai
3. csoport: Szociális ágazat: intézményei, szereplői és szolgáltatásai
4. csoport: Egyéb ágazatok: intézményei, szereplői és szolgáltatásai

A feladat befejezését követően a kiscsoportok egymást követően mutassák be, hogy az általuk képviselt ágazatokból milyen intézmények, milyen szakemberek közreműködésével, milyen szolgáltatásokat nyújtanak. A csoportok vegyenek részt a feladat közös megbeszélésében, szükség esetén egészítsék ki a másik két csoport által összegyűjtötteket.

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

10.3. ALTÉMA: A SZAKMAKÖZI (INTERPROFESSZIONÁLIS) EGYÜTTMŰKÖDÉS BEMUTATÁSA ESETPÉLDÁN KERESZTÜL

Feldolgozandó téma

- A szakmaközi (interprofesszionális) együttműködés bemutatása esetpéldán

FELADAT

Alkossanak 4-5 fős kiscsoportokat, olvassák el a feladatkártyán szereplő esetpéldát, majd ezt követően a kiscsoport tagjai közösen – az interprofesszionális együttműködésről tanultak alapján – dolgozzák fel az esetet!

Szemponrendszer az eset feldolgozásához:

- Milyen probléma/problémák kezelése igényli a szakmák közötti együttműködést?
- Mi lehet a közös érdekelttség, a közös cél?
- Kik a lehetséges szakmai együttműködők?
- Mi az egyes szakemberek, illetve intézmények feladata az adott problémával kapcsolatban?

ESETPÉLDA 1:

A két éves M. az anya első terhességéből, a 38. hétre született, Apgar 8-9 értékkel, 2150 g súllyal, sima szüléssel. PIC-ba került, icterusa miatt kékfény kezelést kapott. Az anyát a terhesség kezdetén kulancs csípte meg, Lyme-kórra gyanakodva vizsgálatok folytak, a gyermek antibiotikus kezelésben részesült. A terhesség alatt rendszeresen görcsök jelentkeztek, a 24. héttől egy ujnyival megrövidült a méhszáj.

M. négy hónapos koráig sokat síró, nagy energiát igénylő, nyugtalan baba volt. Másfél éves koráig minden éjszaka fent volt, sírt, csak ölben nyugodott meg, nagyon nehezen és keveset aludt.

Magas szerotonin szint miatt vitték kivizsgálásra, majd a Gyermekpszichiátrián volt vizsgálaton. Az agytörzs és a cerebellum kissé hypoplasiásnak tűnt. Anyagcsere-vizsgálatok alapján az aminos és az organikus aciduriát, lactat acidosiszt kizárták. Szerotoninszegény étrendet javasoltak, illetve Ponderaxot. Allergiavizsgálaton tojás- és tejérzékenységet állapítottak meg nála. Pontos orvosi diagnózis a gyermek állapotáról nem született.

M. kb. 7 hónaposan felült, 8 hónaposan mászott, illetve kapaszkodva felállt. Biztosan 24 hónapos korától jár, lépcsőn hozzálépéssel. Három hónapos korától kezdve minden tárgyat, válogatás nélkül a szájába vesz és nyalogat.

Idegentől nem kezdett el félni, gyerekekkel nem játszott együtt, csak felnőttek felé fordult.

Beszédre kb. 2-4 hónapos korától figyelt, 7 hónapos korától kezdett gagyogni. 18-20 hónaposan több szót használ (papi, anya, apa), ami 26 hónapos korára teljesen elmaradt. Nem beszél, hangadása láncszerűen hangoztatott magánhangzókból, illetve érzelmileg telített kiáltásokból áll.

Kb. 22 hónapos korától tudott önállóan enni, pohárból inni, de legszívesebben máig kézzel eszik, belemarkol az ételbe.

Szobatisztasága nem alakult ki, szükségleteit, a vizelet, széklet kellemetlen ingereit semmilyen módon nem jelzi.

A család falun, elszigetelt körülmények között él, a korai fejlesztés legközelebbi intézményétől közel 80 kilométerre. Az apa másfél éve munkanélküli, a család rendezetlen anyagi körülmények között él. A családi anamnézis negatív.

[Forrás: Nagyné Réz Ilona (2001): Egyéni fejlesztési tervek gyűjteménye. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, SZASZOK (A Fogyatékos Gyermek, Tanuló Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány kizárólagos támogatásával az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Pedagógiai Szakszolgáltató és Szakmai Szolgáltató Központjában), Budapest, pp. 51-59.]

ESETPÉLDA 2:

A tizenegy hónapos G. a szülők harmadik gyermekeként, III. graviditásból, a 36. gesztációs hétre császármettséssel 4260 g súllyal, 9/10-es Apgar-értékkel született, a jobb csípő enyhe malformációjával. A terhesség a 32. hétig zavartalan volt, a magzat mozgásai az első két gyermekével összevetve megfelelő időben kezdődtek, és megfelelő intenzitásúak voltak. A 32. és a 34. héten az anyát befektették egy-egy hétre visszatartásra. Az anya az előírt vitaminokon és vason kívül más gyógyszert nem szedett.

A fej a testhez képest nagy volt, de a normál méreten belül. Az észlelt minor anomáliák (homloknál kicsit szélesebb koponya, mélyen ülő, hátrafelé forduló fülek, szokásosnál távolabb ülő szemek, mély

orrgyök, kerek orr) miatt már ekkor kromoszómavizsgálatot végeztek, a felmerült Noonen-szindrómát azonban nem sikerült igazolni, de kizárni sem.

Nyugtalan, sírós csecsemő volt. Sokszor kellett nyugtatni, ölbe venni. Éles hangon, nagy hangerővel sírt. Sírása egy hónapos korában kezdett differenciálódni.

Három hónaposan kezdett gögicsélni, de inkább nyöszörgő hangokat adott ki. Eleinte sokszor felébredt éjszaka, két hónapos korára azonban kialakult az alvás és ébredés ritmusa. 5-6 hetes koráig szopott, furcsán, sok levegőt nyelt, sokat bukott, nehezen lehetett etetni. Ennek hátterében gastro-özofagealis reflux gyanúja merült fel, ezt azonban nem sikerült klinikailag igazolni. A vizsgálat után megszűnt a bukás. Bár sokat evett, egyáltalán nem hízott, s egy idő után sorvadni kezdett. Hathónapos kora után speciális tápszert kapott, attól kezdve szépen fejlődött.

A mozgásfejlődés kilenc hónapos korában indult meg. Tíz hónaposan oldalra fordult, hason fekvésben fejét emelve kitámasztott, támasztékkal megült. A tárgyakat megfogta, de fogása gyenge volt. A kúszás és a mászás kimaradt a mozgásfejlődésből. A csörgő és a felhúzó, zenélő játékok kezdetől felkeltették az érdeklődését. A szőrös játékoktól félt, ha kezébe adták, rögtön eldobta őket. Szerette, ha foglalkoznak vele, énekelnek neki. Kukucs-játékot fél éves kora körül kezdett játszani.

A család falun, elszigetelt körülmények között él, a korai fejlesztés legközelebbi intézményétől közel 80 kilométerre. Az apa másfél éve munkanélküli, a család rendezetlen anyagi körülmények között él. A családi anamnézis negatív.

[Forrás: Nagyné Réz Ilona (2001): Egyéni fejlesztési tervek gyűjteménye. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, SZASZOK (A Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány kizárólagos támogatásával az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Pedagógiai Szakszolgáltató és Szakmai Szolgáltató Központjában), Budapest, pp. 11–27.]

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

Felhasznált irodalom

- Kereki, J. – Lannert, J. (írta és szerk.) (2009.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK Zrt. – FSZK, Budapest – http://www.fszk.hu/opi/szolgalatas/korai-intervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanutmany_KORINT.pdf (letöltés időpontja: 2013. 04. 28.)
- Kereki J. (2010.): A koragyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1., pp. 32–45.
- Kereki J. (2011.): Regionális helyzetértékelés a koragyermekkori intervenció intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest – http://www.educatio.hu/pub_bin/...311/.../regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (letöltés időpontja: 2014. 03. 30.)
- Nagyné, R. I. (2001.): Egyéni fejlesztési tervek gyűjteménye. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, SZASZOK (A Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány kizárólagos támogatásával az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Pedagógiai Szakszolgáltató és Szakmai Szolgáltató Központjában), Budapest, pp. 11–27. és 51–59.

11. TÉMA: SEGÍTŐ HÁLÓ – ÚJ UTAK MEGTALÁLÁSA (21–22. ÓRA)

Cél: megismerni a családok valós és lehetséges segítségforrásait annak feltérképezésével, tudatosításával.

Felismerni a bezáródó családi hálókat és megtalálni a lehetséges nyitás lehetőségét, újabb kötések kialakításával.

11.1. ALTÉMA: KAPCSOLATI HÁLÓ, SEGÍTŐ HÁLÓ FOGALMA, STRUKTÚRÁJA

Feldolgozandó témák

- kapcsolatok, hálózatok jelentése, jelentősége
- kapcsolati háló szereplői

Kapcsolati háló, segítő háló fogalma, struktúrája

FELADAT

Csoportmunka – szóháló – pókháló – kapcsolati háló.

KAPCSOLAT

Összetett jelentése miatt nagyon nehéz egyértelmű definíciót adni, így az alábbiak szerint különíthetjük el a jelentéstartalmakat:

- „az a mód, ahogy két ember vagy csoport viselkedik egymással – viszony,
- az a mód, ahogyan két vagy több dolog kapcsolatban van egymással, és ahogyan hatnak egymásra, két vagy több dolog közötti összefüggés – kapcsolat, viszony, vonatkozás,
- szóbeli vagy írásbeli érintkezés valakivel,
- összeköttetés”¹³⁸

A kapcsolat célja és eszköze lehet racionális, tradicionális, emocionális.

¹³⁸ WikiSzótár.hu{http://wikiszotar.hu/wiki/magyar_ertelmezo_szotar/Kapcsolat} (letöltés dátuma: 2014. 03. 10.)

HÁLÓZAT

Angolul: network. Hálózatnak nevezünk minden, több csomóponttal rendelkező, egymással közvetlenül vagy közvetett úton kapcsolatban levő elemekből álló rendszert vagy csoportot. A fogalom kommunikációtudományi jelentősége a hálózati jellegű gondolkodás felismerésével és a hálózati alapon szerveződő kommunikáció megjelenésével nőtt meg számottevően. A hálózat két rendszer (emberi és/vagy gépi) közötti információcsere eszköze.

A „hálózat” szó öt különféle értelmezése különíthető el:

- „valaminek szabályos, hálószerű szövedéke (pl. drótok hálózata),
- nagyobb terület összefüggő műszaki létesítményeinek rendszere (pl. közlekedési hálózat),
- valamely központból villanyáramot vagy más energiát továbbító vezetékrendszer (pl. a készüléket bekapcsolja a hálózatba),
- programok, adatok stb. megosztása, közös használata végett összekapcsolt számítógépek rendszere,
- egységesen szervezett intézmények láncolata (pl. szaküzletek hálózata)”¹³⁹

Kapcsolati háló típusok

Szűkebb-tágabb kapcsolati hálók:

- én-kapcsolatháló,
- teljes kapcsolatháló,
- kapcsolatháló-alcsoportok egyik fő típusa a klikk. A klikk első megközelítésben, olyan kapcsolatháló-szereplők együttese, akiket szoros és kölcsönös kapcsolatok fűznek egymáshoz, vagyis a klikk a kapcsolatháló magas kohézióval rendelkező részhalmaza.

Gyenge – erős kapcsolati hálók:

A társadalmi kapcsolatok szerepét Mark Granovetter (1973) több szempontból is részletesen vizsgálta. „Granovetter szerint egy személyközi kapcsolat (kötés) erőssége a minimális ismeretségtől az elmélyült barátságon keresztül a szoros rokoni kapcsolatokig terjedhet. Némileg leegyszerűsítve a kérdést: a gyenge kötések az ismerősi, az erős kötések pedig a rokoni kapcsolatoknak felelnek meg. A gyenge kötések nagyobb valószínűséggel létesítenek összeköttetést, képeznek hidat az egymáshoz erős szálakkal kötődő személyek lokális csoportjai között.” (Messing Vera – Molnár Emília 2011/5). A gyenge kötések ereje tehát abban rejlik, hogy az efféle relációk a társadalmak részei között teremtenek kommunikációs vagy egyéb kapcsolatot, integrálják azokat. Minél több hídszerű gyenge kötés létezik az adott csoportban vagy szervezetben, annál magasabb lesz a közösség kohéziója, és annál inkább lesz képes a csoport vagy szervezet közös célok elérésére irányuló összehangolt cselekvésre.

¹³⁹ Kommunikációtudományi Nyitott Enciklopédia [online:] {<http://ktnye.akti.hu/index.php/H%C3%A1l%C3%B3zat>} (letöltés dátuma: 2014. 03. 10.)

A kapcsolati elemek megbeszélése, rendszerezése

A kapcsolati háló szereplői:

1. Perszonális – személyi

- családi
- tágabb kapcsolati háló – (baráti kapcsolatok)

A szülők egyetértése, szövetsége nagyon fontos feltétel a nevelésben. Bár nincs két ember, aki mindenben egyetértene, a gyerekeket illető fontos kérdésekben, szükséges, hogy a szülők elképzelései ne essenek távol egymástól.

Bár az új szereplő jelenléte semmiképpen sem hagyja érintetlenül a párkapcsolatot, fontos, hogy a jó kapcsolat legfontosabb elemei és hagyományai fennmaradjanak vagy újraéledjenek. Szakirodalmi adatok mutatják, hogy az önmagukkal és kapcsolatukkal elégedetlen szülők türelmetlenebbek a gyerekekkel. A partneri konfliktus megakadályozhatja, hogy a szülők a csecsemőre figyeljenek, aki így azt tapasztalja, hogy hívó jeleire senki sem reagál, és fokozza a sírás, nyugtásködés intenzitását – ez pedig tovább növeli a partnerek közötti feszültségeket.

*Nagyszülők szerepe*¹⁴⁰

Magyarországon hagyomány, hogy a nagyszülők igyekeznek megosztani a gyerekeikkel a szülői terheket, intenzíven részt vesznek a gyerekek nevelésében. Az anyai nagymamák a gyermek születése utáni első hetekben gyakran jelentős segítséget nyújtanak a lányuknak, és továbbra is a szülők legfontosabb támogatói, helyettesei maradnak. Az anyai nagymama után az esetek többségében az anyai nagyapa vesz részt leginkább a kapcsolattartásban (az anya szülei gyakran együtt vesznek részt, így a nagypapa „betanul”). Bár az anyós és a meny között általában gyengébb a bizalom, hacsak tehetik, az apai nagyszülők is kiveszik a részüket a kisgyermekkel való foglalkozásban. A nagyszülők szerepvállalása függ a koruktól, az egészségi állapotuktól és az aktuális foglalkozásuktól is – az aktív, még dolgozó nagyszülők kevésbé tudnak részt venni az unokák gondozásában. A nagyszülők és unokák kapcsolata függ az unokák életkorától is: a nagymamák könnyebben alakítanak ki megfelelő kapcsolatot a kisgyermekkel, a nagypapák pedig az idősebbekkel.

A nagyszülők jelenléte, támogatása nagyon fontos szerepet tölthet be a családok életében. A velük való kapcsolat növeli a családok biztonságát, nagyobb szabadságot tesz lehetővé számukra életük szervezésében. A mai világban sok fiatal el sem tudná kezdeni az életét a szülők anyagi támogatása nélkül. Különösen fontos lehet a nagyszülők segítsége betegség, munkanélküliség, anyagi problémák esetén.

Rendkívül fontos szerep juthat a nagyszülőknek családi nehézségek és konfliktusok esetén. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a nagyszülők gyakran elfogadóbbak és türelmesebbek a valamilyen fejlődési rendellenességgel, fogyatékossgal született gyerekek esetében is.

¹⁴⁰ Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Örökök*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Sokszor engedékenyebbek és diplomatikusabbak, mint a szülők, gyakran mediátor szerepet töltenek be a szülők és a gyerekek között.

A nagyszülő közreműködésével cseperedő unokákat rendszerint szintén szoros érzelmi kapcsolat fűzi a nagymamához, nagypapához. Az unokák fiatal energiáira, optimizmusára nagy szükség lehet, amikor a nagyszülők idős koruk, betegségük miatt gondozásra szorulnak.

Generációk együttélése

Több nemzedék együttélése sokféle lehet, a résztvevők, az együttélés módja és nem utolsósorban az anyagi helyzet függvényében. Az együttélésnek, mint mindennek, vannak komoly előnyei és hátrányai. Nem kétséges, hogy a szülők közvetlen jelenlétében a fiataloknak sokkal nehezebb megszabadulni gyereki státusuktól, és a szülők is kevésbé tekintik felnőttnek őket, ha bepillantásuk, sőt beleszólásuk van a mindennapi életükbe. Fennmaradnak a korábbi relációk, amelyek nem feltétlenül a fiatalok alárendelődését és a szülők fölényét jelenti, lehet, hogy éppen ellenkezőleg: a fiatalok feltétel nélküli kiszolgálását, kényeztetését, ami esetleg éppen a partnerhez való alkalmazkodást teszi nehezebbé. Az, ha az idősebbek belelátanak a fiatalok életébe, mindenképpen különleges körülmény a párkapcsolat szempontjából. A fiatalok anyagi vagy egyéb támogatása nagyon hasznos és kényelmes lehet, de az is kétségtelen, hogy prolongálja a függőséget.

Az együtt élő nagyszülők komoly segítséget nyújthatnak a gyermek érkezésekor. A nagyszülőkkel élő fiataloknak nincsen gondjuk, ha dolgaikat akarják intézni vagy szórakozásra vágnak. A fiatalok ugyanakkor sűrűn sérelmezik, hogy a szülők beleszólnak a gyermek gondozásába, bírálják az ő módszereiket.

A tágabb kapcsolati háló fontossága: Vérrokonok hiánya / Sorstárs kapcsolatok (kismamák, kispapák) / Baráti kapcsolatok

A kisgyereket nevelő szülők számára kedvező, ha vannak kapcsolataik más fiatal szülőkkel. Ahogyan a fiatal tizenéves kor, a kisgyerek nevelésének korszaka is olyan időszak, amikor könnyen szert lehet tenni új barátokra, ismerősökre. Az ilyen kapcsolatok új minőséget jelenthetnek az első évek megterhelő időszakában. Nemcsak arról van szó, hogy lehetőség nyílik a tapasztalatok, élmények megosztására, hanem arra is bőségesen kínálkozik alkalom, hogy a fiatal szülők segítsenek egymásnak, vagy közösen töltsék el a szabadidejüket. Az ilyen kapcsolatok részben pótolhatják a távol élő vagy hiányzó nagyszülőket, gyakran életre szóló barátságot hoznak létre a gyerekek között. Mi az, ami a sorstársakkal való kapcsolatban kockázat lehet? Az egyik, hogy az egymással gyakran érintkező emberek között szinte mindig kialakul némi rivalizálás. Melyikük gyereke fejlődik gyorsabban, ki lesz sikeres az iskolában, ki lesz az ügyesebb, a szebb. Átlagos körülmények között az összehasonlítás még ösztönző is lehet, de lehet negatív következménye is, és a gyerekeket különösen zavarja, ha úgy érzik, hogy állandó hasonlítás tárgyai. A szülőknek meg kell tanulniuk, hogy semmit nem érdemes csak azért tenni, hogy mások tetszését vagy nemtetszését kivívják.

Új formája a sorstársakkal való érintkezésnek a napjainkban népszerű internetes kommunikáció. A blogok és fórumok nemcsak a kapcsolattartás, hanem az információszerezés fontos forrásai. Mindez azt jelenti, hogy a mai fiatal szülők egyre kevésbé merítenek könyvekből, folyóiratokból, kevésbé hat rájuk a szakértők véleménye – a divatos blogokon kiala-

kult álláspontoknak van rájuk a legnagyobb hatása. Ennek viszont jócskán vannak veszélyei. A blog egyfajta általános vélekedést, közvéleményt képvisel, még a legolvasottabbakat is többnyire egy 30-40 főből álló szűk csoport írja. Az olvasók száma elérheti a több ezret, vagy tízezret is, de csak töredékük az, aki valóban megszólal. Az itt terjedő információk, sugalmazások ugyanakkor nagy erejűek lehetnek, mégpedig úgy, hogy az eredetük ismeretlen marad. Gyakran terjednek rémhírek, dezinformációk, reklámcélú hirdetések a blogokon. A megszólalók egy része saját szorongásait, félelmeit, rossz tapasztalatait írja meg, hasonló érzéseket gerjesztve a többiekben. Sajnos, az emberek túlnyomó többsége nincsen a tudatában ezeknek a veszélyeknek.

Sajnos, a szociológiai felmérések azt mutatják, hogy a mai emberek közül egyre kevesebben van barátja. A barátságok kialakulását sok minden veszélyezteti manapság. Szociálpszichológiai adatok szerint a barátságok keletkezését leginkább a fizikai közelség, a gyakori találkozás segíti elő. A mai emberek azonban egyre mozgékonyabb életet élnek, kertvárosokba költöznek, éveket töltenek külföldön, a gyerekek gyakran sok kilométert utaznak mindennap a divatos iskolába, és délután nem tudnak találkozni a társaikkal. Nem kedvez a barátkozásnak a túlterheltség, a sok kötöttség sem. Az elmúlt évtizedekben felgyorsult a migráció, a kisebb települések kiürültek, a városokba, nagyobb településekre tartanak az emberek. Mindez azzal jár, hogy elszakadnak azok a láthatatlan hálók, amelyekbe az egyén a szülőföldjén kapaszkodhatott.

Jelentős átalakulást idézett elő a barátságok keletkezésében az elektronikus kommunikáció belépése is. A kapcsolatok növekvő része átkerült a közösségi oldalakra, és egyre több ember egyre több időt tölt a számítógép képernyője előtt. Bár az ismert közösségi fórumokon való böngészés azt az érzést keltheti, hogy rengeteg barátunk van, az így bonyolódó barátságok nem az igaziak. A barátságokban feszültségek, konfliktusok is előfordulnak, mégis hallatlanul fontosak az életünkben.

2. Intézményes, szervezethez kötött

- egészségügyi terület, szociális terület, pedagógiai terület
- önszervező csoportok szülőtámogatás civil szervezetek

Egészségügyi terület

A hazai egészségügyi ellátás rendszerében nyújtott egészségügyi szolgáltatások két ágra oszlanak. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint megkülönböztethető:

- egészségügyi alapellátás, amely a lakossághoz legközelebb áll és a háziorvossal való személyes kapcsolaton alapul, célja az egészségmegőrzés, illetve a betegek otthoni gyógykezelése, gondozása és házi ápolása (alapellátáshoz tartozó ágazatok: háziorvosi ellátás, védőnői ellátás, iskolaegészségügyi ellátás, foglalkozás egészségügyi ellátás, fogorvosi ellátás),
- egészségügyi szakellátás, amely a klinikai orvostudomány szakágazatainak megfelelő betegellátást, gyógykezelést biztosít járóbeteg illetve fekvőbeteg intézményekben. Székely, Szél, Szeles, Kispéterné: (Védőnői módszertan SE Egészségügyi Főiskolai Kar 2006.).

Szociális terület

- William Schwartz szerint a szociális munka közvetítés egy olyan folyamatban, ahol az egyén és a társadalom kezét nyújtanak egymásnak önnön kiteljesedésük kölcsönösen meglévő igényéből fakadóan.
- Werner Boehm szerint a szociális munka célja az, hogy növelje az egyének társadalmi funkcióképességét olyan cselekvés révén, amelynek a középpontjában az egyén és környezete közötti kölcsönhatás áll.
- Szociális munka segítséget nyújtson az egyénnek abban, hogy vissza tudjon kapaszkodni a társadalomba

Célja: csökkent képességek helyreállítása,

- egyéni és társadalmi erőforrások előteremtése,
- társadalmi funkciózavar megelőzése.

Gyermekvédelmi ellátások felosztása

Pénzbeni, természetbeni ellátások:

- rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény,
- kiegészítő gyermekvédelmi támogatás,
- óvodáztatási támogatás,
- rendkívüli gyermekvédelmi támogatás,
- gyermektartásdíj megelőlegezése,
- otthoneremtési támogatás,
- gyermekétkeztetés és tankönyvtámogatás, tanszerellátás, tandíjtámogatás, egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díj stb.

Gyermekjóléti alapellátás:

- gyermekjóléti szolgálat,
- gyermekek napközbeni ellátása (bölcsőde, családi napközi, házi gyermekfelügyelet, családi gyermekfelügyelet,
- gyermekek átmeneti gondozása (helyettes szülő, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona).

Gyermekvédelmi szakellátás:

- otthont nyújtó ellátás (nevelőszülő, gyermekotthon),
- utógondozói ellátás,
- területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás.

Gyermekvédelmi gondoskodás, hatósági intézkedések:

- védelembe vétel,
- családba fogadás,
- ideiglenes hatályú elhelyezés,
- átmeneti nevelésbe vétel,
- tartós nevelésbe vétel,
- nevelési felügyelet,

- utógondozás,
- utógondozói ellátás.

Pedagógiai terület

A közoktatás – köznevelés magában foglalja az óvodai nevelést, az iskolai nevelést-oktatást, a kollégiumi nevelést-oktatást, továbbá az ezekkel összefüggő szolgáltató és igazgatási tevékenységet, függetlenül attól, hogy azt milyen intézményben, szervezetben látják el, illetve ki az intézmény fenntartója.

A civil szervezetek

A civil szervezetek általában helyi kezdeményezésként jönnek létre az adott település valamely gondjának kezelésére, a lakosság mozgósítására, a közösség védelmére. Minden településen más-más civil szervezetek, egyesületek működnek, ezért ezek felderítése és a velük való kapcsolattartás a védőnő feladata. Vannak szervezetek, amelyek az egész országot behálózzák (pl. Vöröskereszt), ilyen esetben a helyi alapszervezetek felkeresése útján léphet kapcsolatba a védőnő a szervezettel.

Az önszegítő csoportok

Az önszegítő csoportok a kölcsönös segítségre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoport struktúrák. Azonos élethelyzetű emberek hozzák létre, egymás kölcsönös segítésére. Az önszegítő csoportok társulásának célja egy közös szükséglet kielégítése, közös egészségkárosodás vagy probléma leküzdése, a kívánt társadalmi, illetve személyes változás előidézése. Az önszegítő csoportok szemtől szembeni interakciókat, a tagok személyes felelősségét hangsúlyozzák, anyagi segítséget és érzelmi támogatást egyaránt nyújtanak egymásnak.

Az önszegítő csoportok fogalma:

- a tagok közvetlenül kerülnek egymással kapcsolatba,
- tevékenységük lokális, közvetlenül a problémára irányul,
- a tagok száma max. 15-20 fő,
- minden csoporttagnak egyenlő jogai vannak,
- nincs kijelölt vezető,
- minden csoporttag önálló, saját maga vezetője,
- a csoport saját felelősségére hoz döntéseket,
- a tagok saját problémáik miatt keresik fel a csoportot és nem azért, hogy másokon segítsenek,
- a részvétel ingyenes.

Önsegítő csoportok működése

A csoport elve azt jelenti, hogy a csoportban megszűnik a külső és belső elszigeteltség. A betegség, amelyik korábban kirekesztette az egyént, itt bekapcsolja a közösségbe.

A folyamatosság elve szerint a csoporttagok folyamatosan és intenzíven konfrontálódnak azokkal a lelki/szociális problémákkal, amiket a tagok a csoportba hoznak.

Az önsegítés elve alapján a csoporttagok, miközben másokon segítenek, önmagukon segítenek és ezzel megmutatják a többieknek is, hogy segíthetnek önmagukon.

Önsegítő csoportok típusai tevékenységi körük szerint:

- elsődlegesen az egyéni önmegvalósításra, személyes fejlődésre törekuszenek, pl. fogyókúrázó klubja,
- társadalmi érdekképviseletet helyezik előtérbe, pl. a fogyatékkal élők érdekvédelmi csoportja,
- alapvető célja az alternatív életformák létrehozása, pl. homoszexuálisok közösségei,
- kétségbeesett embereknek nyújtanak menedéket, pl. volt kábítószerfüggők által alapított életközösségek,
- több céllal rendelkező csoportok, pl. Nagycsaládosok Egyesülete.

Szülőtámogatás fogalma

- „ENSZ Gyermekjogi Egyezmény 18. §-a szerint a gondozás, nevelés felelőssége elsősorban a szülőké, de ennek gyakorlásához az államnak minden lehetséges segítséget, szolgáltatást biztosítani kell.”
- „A szülők támogatása egy sor olyan tevékenységet jelent, mint az információk nyújtása, támogatás, képzés, tréning, tanácsadás és más lehetőségek vagy szolgáltatások, amelyek arra irányulnak, hogy befolyást gyakoroljanak annak érdekében, hogy a szülők értsék és képesek legyenek szülői szerepüknek megfelelni. Közös célkitűzés, hogy a gyerekek és fiatalok sikeresebbek legyenek (az esetek egy részében ez igaz a család egészére), szolgáltatások nyújtásával, amelyek ismereteket, támogatást és akár átképzést nyújtanak a szülőknek” (Mary Daly, 2011).

Ma a szülők segítése, támogatása sokszor alulról jövő, spontán kezdeményezések eredményeképpen valósul meg. Ennek köszönhetően számos regionálisan vagy akár országosan is működő civil szervezet, egyesület, alapítvány létezik, mely különböző, egymástól jelentős mértékben eltérő szülői igényeket elégít ki.

Munkájukban közös, hogy a képviselt célcsoportok számára érdekképviseletet, különböző támogató szolgáltatásokat, tanácsadó és információs szolgáltatást nyújtanak, megkönynyítve ezzel a rászoruló gyermekek és családjaik számára az ellátásokhoz, jogosultságokhoz való hozzáférést.

A szervezetek alapítói, munkatársai sok esetben maguk is érintettek, így érzékenyebben fordulnak a segítségért folyamodók felé. Egyben ez az a sarkalatos pont, amiért hatékonyabban tudnak működni, mint az állam, vagy az önkormányzatok által működtetett, hasonló céllal létrejött szervezetek. (A mellékletben szülősegítő szolgáltatások olvashatók.

Szülőtámogatás formái

- egyéni-csoportos,
- intézményhez kötött-civil szervezethez kapcsolódó,
- irányított-véletlenszerű,
- szűkebb-tágabb családot érintheti,
- eseti-folyamatos.

Az egyéni szülőtámogatás a védőnői munka jelentős részét felöleli. „A védőnő együttműködő viselkedését jelenti annak átérzése, hogy közte és a gondozottja között elfogadó viszony áll fenn. Ez azt jelenti, hogy a védőnő úgy fogadja el gondozottját, annak lakásviszonyait, családi életét, ahogyan az van, azaz feltételek nélkül. Az együttműködési készség a védőnő számára felajánlkozást jelent, de nem mindenáron történő beavatkozást, céljainak, elveinek »tűzön-vízen át« történő ráerőszakolást. A kooperáció csak közös erőfeszítés, együttműködés útján valósulhat meg.” (Székely, Szél, Szeles, Kispéterné 2006). Éppen ezért a védőnő családlátogatás során:

- közös együttműködésre alapozzon (szívesen segít megcsinálni, majd közösen megvalósítjuk),
- csak olyan ígéretet tegyen, amely saját kompetenciakörében megvalósítható.

A csoportos szülőtámogatás gyakorlati megvalósulásában is nagy szerepe lehet a védőnőnek, akár csoportokkal való megismertetés, keresés, kapcsolatfelvétel tekintetében, vagy éppen ő maga szervez ilyen közösségeket, csoportosulásokat.

Szülőtámogató csoport szervezésének kérdései:

- Melyek a közös célok, érdekek?
- Mit kell tennünk a közös cél eléréséhez?
- Ki (szerepstruktúra)?
- Mikor (időstruktúra)?
- Hogyan (tevékenységstruktúra)?
- Milyen konkrét akcióval, lehet javítani helyzeten?
- Mik lehetnek fontos igényei a másik személynek/személyeknek és ezek közül ön mihez tudja esetleg őt/őket hozzásegíteni?
- Hogyan lehet hozzájárulni az eredményességhez?

Szülőtámogató program szervezésének szabályai:

- kliensbarát – szülőbarát – gyermekbarát – családbarát,
- a szolgáltatások ne stigmatizáljanak,
- ne a hiányokra, gyengeségre fektesse a hangsúlyt, hanem a meglévő erősségekre építsen,
- legyenek mindenkinek szolgáltatások,
- legyenek célzott speciális szolgáltatások,
- meleg, befogadó környezet (tárgyi, szellemi környezet).

Szülőtámogatás haszna:

- szülői feladatok változása,
- szülőkkal szembeni elvárások változása,
- gyermeknevelés át- és felértékelődése,
- változó szükségletek megismerése, kielégítésének elősegítése,
- ismeretbővítés,
- tolerancia növekedés,
- másság elfogadása,
- konformitás,
- összetartás és kontroll,
- face to face érintkezés,
- érzelmi bevonódás,
- segítség – megsegítés,
- sokféle család, szülő, gyerek – sokféle interakció,
- család, intézmények, közösség kapcsolata.

Lehetséges veszélyek:

- társas fertőzés,
- negatív csoportgondolkodás,
- egyéniségtől való megfosztás,
- csoportközi konfliktusok.

A kapcsolati háló jelentősége – legyen az személyre vagy intézményre vonatkoztatva – öt területen egészen biztosan megkérdőjelezhetetlen:

- aktivitásra serkent,
- közösséget teremt,
- együttműködést generál,
- tudásépítésre ad lehetőséget,
- növeli az eredményességet.

Egyértelműen állíthatjuk, hogy nincsen olyan személy vagy intézmény, akinek/amelynek nincsen szüksége a kapcsolatokra. Hiszen egyéni szinten a kapcsolati háló hiánya elmagányosodáshoz, míg intézményi szinten elszigetelődéshez vezethet. Mindkét esetben jelentősen csökken a hatékonyság és az eredményesség.

11.2. ALTÉMA: SEGÍTŐ HÁLÓ FELTÉRKÉPEZÉSE. ESETEK KAPCSÁN A SEGÍTŐHÁLÓ FELVÁZOLÁSA

Feldolgozandó témák

- kapcsolatháló-elemzés szempontjai (adatok forrásai, módszerei)
- kapcsolati segítő háló
- bezáródó kapcsolati hálók (bonding kapcsolatok)

Kapcsolati hálók elemzése

A kapcsolatháló-elemzésnél tágak az elemzési lehetőségek, az elemzési egységek skálája az individuumoktól a társadalmi csoportokon és szervezeteken keresztül egészen a társadalmi rendszerekig terjedhet. A kapcsolatháló-elemzők számtalan különböző tartalmú relációt (pl. hatalmi, rokoni, kommunikációs, kereskedelmi, szövetségi stb. kapcsolatokat) vizsgálnak. A kapcsolatháló-elemzések során vizsgált sokaságok határai az esetek zömében nem állapíthatók meg egyértelműen.

A kapcsolatháló-elemzés során feltárt adatok forrásai

- résztvevő megfigyelése,
- interjúk,
- kérdőívek,
- dokumentumok.

A kapcsolatháló értelmezése kapcsán előtérbe kerül a híd szerepű egyének megtalálása is. Híd az a relációs viszony, melynek elmozdításával a kapcsolatháló két részhalma közötti viszony megszűnik. A relációban rész tvevő szereplő az ún. töréspont.

Az ember társas, társadalmi lény, környezetével kapcsolatot tart fenn és ápolja azokat. Ennek racionális és emocionális indokai vannak. A társas támogatásnak (social support) a szerepe megkérdőjelezhetetlen. A kapcsolat a kommunikáció és a kooperáció dimenziói mentén értelmezhető.

„A »bonding« (összetartó) kapcsolatok a bizalmon, reciprocitáson, szolidaritáson alapulnak, társadalmilag homogének és meglehetősen zártak.” Ez a fogalom nagyrészt megfelel Granovetter (1973) „erős kötések” kategóriájának. Az „összetartó kapcsolatok – a családban, szűk baráti körben vagy szomszédságban – elsősorban a biztonsági háló szerepét töltik be. Ezek a kötelékek, a bonding típusú kapcsolatok az érzelmi támogatáson túl, anyagi (kölcson, pénzbeli támogatás), de leggyakrabban mégis természetbeni segítségnyújtást jelentenek (betegápolás, gyermekek felügyelete, háztartási és ház körüli munka, tartós fogyasztási cikkek kölcsönadása, közös használata).” (Messing Vera, Molnár Emília 2011. 51–52.) Az erős kötéseknek azonban nem minden esetben van megtartó erejük. Az olyan kapcsolati háló, amely kifelé zárt, és amelyben a csoportszolidaritást legfőképp a társadalom főáramával szembeni szembenállás és ellenkezés jelenti, erősen korlátozó is lehet. Ez a jelenség elsősorban a társadalmi, etnikai kirekesztettségben, zárványokban élő közösségekre jellemző, a kapcsolati vákuumban nem számíthat senkire, és nem is nyújt senkinek akár anyagi, akár nem anyagi támogatást.

A lelegelettebbekre szinte kivétel nélkül igaz, hogy nincsenek összetartó („bonding”) kapcsolataik. Sőt ők azok, akik nem vagy alig rendelkeznek még gyenge kötésekkel is, miközben tudjuk, hogy ezek a kötelékek korábban léteztek. Az elemi kapcsolatok beszűkülését az anyagi lecsúszás, a tartós és kilátástalan munkanélküliség és a társadalmi kirekesztődés együttese hozza létre, miközben a fenti folyamatok háttérében a kapcsolati szegénység meghatározó szerepet játszik.

A kizárással párhuzamosan a bezárás fogalmát is számba lehet venni.

A társadalmi kizáródást támogatja, krónikus betegségek, eltérő fejlődéssel járó állapotok, a hajléktalan életmód, az egyéni és pszichés beállítódások, patológiák, alkohol- és drogabúzus. „Ez a speciális státus, a társadalmon belüli, de mint szubkulturális (szubtársadalmi) státus, a dominánstól eltérő normákat, életmódot, értékpreferenciát és attitűdöt produkál. Ennek következtében nemcsak a kizáródásról, hanem a bezáródásról is beszélhetünk. Azaz a többségi társadalomból való kizáródásról, mint a lemaradás, a megfosztottság alapján való szegregációról és emellett az adott állapotba való bezáródásról annak attribútumai és relációi folytán.” (Nagy Terézia) Az egyes izolációs pontok egymás felé záródása, csökkenti az egyes kulturális és szükségleti javakhoz való hozzáférést.

Segítő háló a kapcsolati háló azon elemei, akiknek a segítségére, meghallgatására közvetlenül számíthat az adott egyén hosszabb vagy akár rövidebb távon. Segítő háló elemei lehetnek a perszonális szintről, akikhez erős emocionális kötés kapcsolja az egyént, de intézményi szinten is előfordulhatnak kapcsolódási pontok, ahol az adott probléma megoldására irányuló cselekvésekben részt vevő intézmények, szervezetek a mérvadóak, racionális kötés. Ezen halmaz összetevői mindig szűkebbek az egyénnel érintkező személyes és intézményes kapcsolatoknál. Ha igen kicsi a kapcsolati háló, akkor előfordulhat, hogy a segítő-megtartó hálónak olyan csekély elemei lesznek, amelyek nem tudnak elégséges támaszok lenni az egyén számára, akkor már nem is beszélhetünk igazán hálóról csak annak kezdeményéről. Ez a helyzet vezet a bezáródó kapcsolati hálóhoz, egy ritka hálóhoz, ami már nem tartja meg az egyént, akinek nincsenek, nem lesznek természetes támaszai. Ezt nagyon fontos felismernie a védőnőnek, a segítő szakembernek, mert ebben a helyzetben már az egyén nem találja meg, nem látja meg a feléje nyújtott kezet, segíteni kell a nyitásban, majd az úton való elindulásban.

ESETFELDOLGOZÁS

„12 éve házasságban élő házaspárnál egy spontán abortuszt követően a 36 éves anya második zavaraltan terhességéből a vártnál két héttel korábban, medencevégű fekvés miatt császármetszéssel (2520 g) megszületett Zsombor. Újszülöttkori zárójelentéséből kiemelendő a „stigmatizált arc és egész testre kiterjedő hipotónia”, ami miatt genetikai és neurológiai vizsgálatát javasolták.

A szülők nagyfokú bizonytalanságukban a szakkönyvekből keresték ki az általuk is felismert stigmajelek alapján a lehetséges betegségeket. A klinikai kép egyértelműnek látszott, melyet az elvégzett kromoszómvizsgálat megerősített: Down-szindróma triszómiás formája. Habilitációs tréninget kezdtünk napi 5 alkalommal 8 hónapos életkoráig. Követtük szervi elváltozásait (szívhiba, halláskárosodás, egyoldali rejtett heréjűség). Ezt követően a szülőkből, és bennem, mint a család védőnőjében is felvetődött a »hogyan tovább?« kérdése. Mit tegyünk? Tegyük-e egyáltalán valamit? A józan eszünkre és szívünkre hallgatva megkerestük azokat az utakat, melyek a szülők számára a reményt csillantották fel, annak ellenére, hogy tudtuk, a fogyatékos tényén nem lehetséges változtatni. Az elfogadásban pszichés támogatást a DOWN Alapítvány helyi vezetője nyújtott, és közben fejlesztésben részesítette Zsombort. 1 éves életkora után heti 1 alkalommal bekapcsolódtak a »játsszóház a fogyatékos bölcsődéskorú kisgyermek számára« rendezett foglalkozásokba. Korai fejlesztő központot is felkerestek, gyógytornász és fejlesztő pedagógus foglalkozott vele. Később az egyik bölcsőde fejlesztő csoportjába járt, s ezt követte egy óvoda, ahol fogyatékossgal élő gyermekek integrációját biztosították. Iskoláit speciális általános iskolában kezdte, majd egy alapítványi iskolában folytatta. Mellette mozgásterápiára járt, lovagolt és úszott. Mára önmagát ellátni képes fiatal felnőtté vált.”

„Fiatal, magányos édesanya kislánya Szilvi, nem várt gyermek, szülés körüli komplikációkkal. Kisbaba korában rossz evő volt, és nehéz volt megnyugtatni, sokat sírt. Kitarító próbálkozások dacára sem tudták őt bölcsődébe szoktatni, pedig egzisztenciális érdek lett volna, hogy az édesanya dolgozhasson. Az óvodával sem volt lényegesen könnyebb a helyzet, minden reggel óriási sírás, toporzékolás volt a menetrend egy-másfél óráig, majd az édesanya nem látván más esélyt, hazavitte. Néhány hónap múlva saját édesanyjának, Szilvi nagymamájának adta át a gyermek nevelését, és elment dolgozni, és ami neki még életkorilag teljesen átlagos volt, bulizni, fiúzni. A nagymama megrettent a feladattól és nem kísérletezett többet az óvodával, hanem otthon igyekezett olyan életmódot kialakítani, amely Szilvinek megfelelt: reggeli után játszótérezés, mesélés, játszás, ebéd, alvás, játszás, séta, vacsora, lefekvés. Sajnos azonban a határozott keretek ellenére sem sikerült kiegyensúlyozottá tenni a gyereket. Napirenden voltak a sírások, a hisztik, a nagymama megrugdosása, a játszótéren a gyerekek játékának a szétrombolása, harapás és egyéb durvaságok. A gyermekorvos tanácsára a nagymama mégis megpróbálkozott az óvodával, egy olyanmal, amelynek gyakorlata volt a problematikus gyerekek befogadásában, és ennek sikerén felbuzdulva fokozatosan visszaadta a lányának a gyerek nevelésének jogát. Az óvodában pontosan tudták, hogy hova kell Szilvit és édesanyját irányítani ahhoz, hogy a szükséges mentálhigiénés segítséget megkaphassák a környéken. Hosszú munka kezdődött, melyben mindenkinek komoly feladata volt: a család és az óvónők mellett gyógypedagógus, pszichológus, pszichiáter, család gondozó együttes tudására volt szükség, hol egyik, hol másik hangsúlyával. Szilvi most negyedikes, enyhe tanulási nehézséggel küzd, és időnként átmenetileg gyógyszerre szorul, de az osztályába pedagógusi segítséggel beilleszkedett, és a családban sem ő a feketebárány.”

„T.B. kisfiú 2012. 11. 10-én látta meg a napvilágot. 39 várandósági héten született. Szülész lefolyása sectio cesare (hypertonia). Születési súlya 4100 g. Hossza 52 cm volt. Fejkörfogata 36 cm. Szopott a kisgyermek, de már a kórházban is kapott pótlást. Később is anyatej kevesebb, minden esetben pótolnak.

5 hetes korában panaszmentes. Veszprémben voltak cardiológián, ahol észlelt szívzörej miatt teendő nincs, fél éves korában kontroll vizsgálat javasolt.

Szülők siketnémák, illetve nagyothallók. 2012. 12. 19-én Budapesten Heim Pál Gyermek Kórházban hallásvizsgálat javasolt. Védőnőjük felhívta figyelmüket a hallásszűrés fontosságára.

Panaszmentes és szépen fejlődik. Apa szerint gögicsél. Hangra figyel, áprilisban viszik újra Budapestre, hallásvizsgálatra. 6 hónapos panaszmentes továbbra is. Budapesten voltak:

Szubjektív hallásvizsgálat történt: Bébi szűrő hangjára 30 dB-en 500 Hc-7000 Hc-ig biztosan reagált hangforrás irányába fordult. Az altatásban javasolt teljes vizsgálatot viszont nem tudták megvalósítani a betegszállító jármű késése miatt későn érkeztek az intézménybe, a csecsemőt táplálták és ezért nem volt altatható.

Védőnői tanács a gyermek hallgasson rádiót, zenét, nagyszülők sokat beszéljenek hozzá.

7 ¼ hónaposan panaszmentes. Kúszik, még nem mászik rendesen. Cardiológián controllon voltak.

2014.01.24-e a család albérletet váltott, új védőnői körzetébe került. Anyuka siketnéma, apuka nagyothalló. A kised a fülszervi leletei alapján jól halló. Félénk, mutogat. Tévét néz. Jól figyel és táplált.

2014.02.13-án 15 hónapos. A védőnő tanácsára, hogy minél több inger érje és beszédfejlődése is szépen megindulhasson, délelőttként bölcsődébe jár, ahol 2 óra hosszat foglalkoznak vele, mivel szülei nagyothallók és nehezen tudnak kommunikálni, kapcsolatot teremteni a gyermekkel.

A kisgyermek egészséges, fejlődik. Jelenleg folyamatban van az egész napos bölcsődei ellátás. Időközben felvette a kapcsolatot a védőnő a Korai fejlesztővel is. A Nevelési tanácsadónak lehetősége van a gyermekkel foglalkozni, de előtte Budapesti hallásvizsgálati szakvéleményt várnak a gyermek hallásáról.

Nehéz kommunikáció ellenére annyit megtudtunk a szülőktől, hogy bölcsődei lehetőséget elfogadják, de egyelőre nem tennék ki újabb vizsgálatnak a gyermeket és nem élnének a korai fejlesztés lehetőségével.”

Figyelem! A Függelékben további szakmai anyagok olvasható az Altémához kapcsolódóan.

11.3. ALTÉMA: ÚJ UTAK MEGTALÁLÁSA, FELAJÁNLÁSA

Feldolgozandó témák

- két kéz kell a segítséghez – aki nyújtja, és aki megfogja
- új kötések kialakítása (bridging, linking kapcsolatok)

CSOPORTMUNKA

Kinek mit üzennek a kezek, milyen kapcsolatot?

Ki foghatja, kinek a kezét?

Milyen szoros lehet ez a kötelék?





„A társadalmi előrelépést és a mobilitást más társadalmi csoportokhoz vezető kapcsolatok segítik: ezek az »összekötő« (*bridging*) és az »összekapcsoló« (*linking*) kötések, amelyek nagyrészt megfeleltethetők a Granovetteri »gyenge kötések« kategóriájának.

Az »összekötő« kapcsolatok átnyúlhatnak a társadalmi csoportokon, és elsősorban a távolabbi barátokhoz, ismerősökhöz, kollégákhoz fűző kötéleket jelentik. Az ilyen kapcsolatok révén egy csoport tagjai hozzáférhetnek más csoportok forrásaihoz, így, még ha nem is deklaráltak, de fontos funkciójuk az egyén boldogulásának, mobilitásának támogatása.

Az »összekapcsoló« (*linking*) kapcsolat a civil szervezetekhez, az intézményekhez, a hatalommal rendelkezőkhöz, illetve más, hierarchikusan elkülönülő társadalmi egységekhez kötő kapcsolatokat jelöli.” (Messing Vera – Molnár Emília 2011. 51. o)

A különböző típusú kapcsolatok eltérő funkcióval bírnak. A „összekötő” kapcsolatok, amelyek a különböző kapcsolathálóok közötti átjárást teszik lehetővé, a lehetőségek, a társadalmi mobilitás fenntartását segítik, míg az „összekapcsoló” kötések az egyén és az intézmények és egyéb rendszerszerű képződmények közötti átjárást és az ebből adódó előnyöket táplálják.

A különböző típusú kapcsolatok egyben eltérő támogatási formákat jelentenek, így érthető, hogy a köztük lévő egyensúly is lényeges az egyénkapcsolati háló szempontjából.

Például, a „összetartó” (*bonding*) típusú kapcsolatok túlsúlya korlátozhatja az „összekapcsoló” (*linking*) és „összekötő” (*bridging*) kapcsolatok létrejöttét, avagy fenntartását, míg annak hiányában a háztartás stabilitása, krízishelyzetekkel szembeni védettsége kerül veszélybe. Különösen igaz mindez az etnikai és szociális zárványokban élő háztartások esetében, ahol az ilyen típusú kapcsolatok gyakran a túlélés feltételét jelentik ugyanakkor az ilyen kapcsolatoknak negatív, visszatartó ereje is lehet.

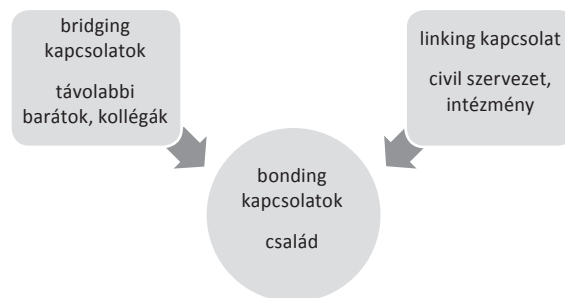
Az olyan kapcsolati háló, amely kifelé zárt, és amelyben a csoportszolidaritást legfőképp a társadalom főáramával szembeni szembenállás és ellenkezés jelenti, erősen korlátozó is lehet. Ez a jelenség elsősorban a társadalmi, etnikai kirekesztettségben, zárványokban élő közösségekre jellemző.

A kapcsolati háló jellegének és sűrűségének nagyon jelentős szerepe lehet a szegénységben élő családok boldogulásában: nem mindegy, hogy a kapcsolati hálókat a közösségen kívülre vezető „bridging”, vagy a közösségen belüli „bonding” típusú kapcsolatok túlsúlya jellemzi. Mindez fordítva is igaz lehet.

A „bridging” kapcsolatok kialakulásának elsődleges terrénuma a közös munkahely, ami ma csekély vagy gyakorlatilag nem létezik. A mai tragédia lényege pontosan az, hogy a kilencvenes évek elején nemcsak a munkahelyek szűntek meg, hanem az ezzel együtt járó emberi kapcsolatok is.

A „linking”, vagyis a hivatalokhoz, szervezetekhez kötő kapcsolatok meglehetősen ritkák és rendkívül fontosak a szegregációban, társadalmi kirekesztettségben élő családok számára. Igazi tőkét jelentenek azoknak, akik ilyen kapcsolattal rendelkeznek. A „linking” kapcsolatok leginkább az önkormányzat szociális ellátórendszerével, a gyermekvédelem és szociális szféra tisztviselőivel, valamint ahol létezik, a civil szervezetekkel való kapcsolódást jelenti ebben a társadalmi közegben. A kapcsolat nem csupán az ügyintézés, a forrásokhoz való hozzáférés szempontjából, hanem az információ megszerzése tekintetében is fontos.

Fontosak az információk és az azokhoz vezető „linking” kapcsolatok ahhoz, hogy valaki sikerrel eligazodjon a rendeletek erdejében. Ez komoly kihívás, különösen megfelelő segítség és támogatás nélkül.



ESETLEMLÉZÉS szempontjai:

- A kapcsolati háló felismerése, értelmezése.
- Milyen résztvevői vannak az esetben a bonding kapcsolatoknak?
- Bridging kapcsolati vannak-e a családnak?
- Milyennek értékeli a családi kötelek kapcsolatait – erős, gyenge kötések, bezáródó kapcsolat ... stb. – véleményét indokolja!
- Milyen kapaszkodói-segítői (bekarikázva jelölni) vannak, lehetnek a családnak, melyet jelöljön a mellékelt ábrán!

Sz. Tamás 5 éves egészségügyileg és szociálisan veszélyeztetett gyermek. 2 éves korától asthma bronchialeban szenved. Óvópedagógusa telefonon jelezte, hogy az óvodában agresszív, társaival nem játszik, felnőttek közelében szorongó és a délutáni alvás során többször bepisil. A gyermekkel eddig semmiféle probléma nem merült fel, kiegyensúlyozott és nyugodt gyermek volt.

A gyermek egy lakótelepi albérleti lakásban élt apai nagyszüleiével (H. István és H. Istvánné), édesapjával (H. Roland) és édesanyjával (Sz Márta). 4 féltestvére van, édesanyjának mind az 5 gyermeke más apától van. Jelenleg várandós egy újabb párjától. A további 4 gyermek mind az édesapjuknál van elhelyezve. Sz. Márta gyermektartásdíjakat nem fizet. A lakás egy kicsi, tiszta, rendezett, a gyermek jelenleg nem tartózkodik eddigi otthonában.

H. István elmondása szerint Sz. Márta Győrbe költözött újabb partneréhez, a gyermeket először H. Roland testvéréhez, majd pedig a dédnagymamához (H Erzsébet) költöztették. A költöztetésre azért volt szükség, mert a család anyagilag tönkrement, kikapcsolták a villanyt és megvonták a vizet, a főbérlet pedig már nem ad további haladékat a fizetésre. Az anyagi krízis kialakítója Sz. Márta volt, aki több százézes hitelt vetetett fel H. Rolanddal. A férfit nyugdíjas szülei támogatták a hitelek visszafizetésében, de ennek következtében elfogyott minden megtakarításuk. Roland jelenleg nyugatokat szed és szülei elmondása szerint már nem veti meg az alkoholt sem. Látszólag megviselte, amit Márta vele tett. Roland kisfiáról szeretettel beszél, hiányzik neki, mindennap többször meglátogatja, hiszen jelenleg munkanélküli. Szakmája asztalos.

A dédnagymama 72 éves egy kis családi házban él, a külvárosban. A házhoz tartozó kert ápolat és rendben tartott. A házban él még a dédnagypapa H. János, aki már átesett egy agydgaganatműtéten. Erzsébet nyugdíjas, férje rokkantnyugdíjat kap. A védőnői látogatás során a házban iszonyúan nehéz dohos, poros levegő érződött. A szőnyegen rengeteg macskaszőr látható, és a kanapén is. Három macska él velük egy házban. A konyhában állt a mosatlan edény a mosogatóban. A dédnagymama állandó fájdalomra panaszkodik és ezért nem bírja rendezni a férjét és a dédunokáját egyszerre. Ráadásul rá hárul még a teljes ház tisztán tartása is. Elmondása alapján Tamás hiába nagyon jó gyerek, főzni kell rá, ruházni kell, óvodába kell vinni. Tamás rendezett ruhában viselt, alig volt néhány játék, és beszélgetésünk során egy helyben ült, kezével babrált, rugdalta az asztal lábát. Többször ismételte, hogy ő nem jó semmire, nem tud semmit sem jól tenni, csak teher mindenkinek. Próbáltam vele beszélgetést kezdeményezni, de elutasító volt, és ha szólt, akkor is lekezelő, flegmatikus volt. Dédnagymamája szerint az édesanya is ilyen. Erzsébet elmondta, hogy Tamás jelenleg egyedül az óvodából egy helyi focicsapat tagja, minden héten háromszor még edzésre is kell vinnie. Rákérdeztem az édesapára, Rolandra, hogy milyen is a kapcsolatuk, látogatja-e a gyermekét. Tamás nagyon szívesen beszélt apukájáról, azt mondta, sokat fociznak és legtöbbször ő viszi el az edzésre és az oviba is. Mikor édesanyjára kérdeztem rá, hogy hol van, hogy hívják, csak lesütötte a szemét. Dédnagymama is azt mondta, hogy nagyon jó a gyermek és Roland kapcsolata, szeretik egymást. Az otltétem során Tamás többször befulladt, és az asthmájára kapott gyógyszert kellett alkalmazni. Erzsébet szerint, amíg Rolandnak nem lesz munkahelye, addig biztosan itt marad nála a gyermek, és segítséget kért abban, hogy a gyermeket a lakótelepi óvodából, a külvárosi óvodába helyezték át, mert neki így könnyebb lenne elvinni a gyermeket. Valamint keresem meg a Gyermekjóléti Szolgálatot, hogy segítsenek a gyámság rendezésében.

Látogatásaim során a H. család igen összetartó volt és minél előbb rendezni akarták a helyzetüket. A dédnagymamától a gyermeket mielőbb vissza szeretnék hozni a lakótelepi albérletükbe, hogy ne

érezze magát tehernek. Tamást, édesanyjának költözése és édesapja krízishelyzetbe való kerülése igen megviselte, ezért is lehetnek nála magatartásbeli problémák.

További kérdések:

- Milyen résztvevői vannak az esetben a bonding kapcsolatoknak?
- Bridging kapcsolati vannak-e a családnak?
- Milyennek értékeli a családi kötelek kapcsolatát – erős, gyenge kötések, bezáródó kapcsolat ... stb. – véleményét indokolja!
- Milyen kapaszkodói- segítői (bekarikázva jelölni) vannak a családnak, melyet jelöljön a mellékelt ábrán!

Figyelem! Szülősegítő szolgáltatásokról részletes leírás olvasható a Függelékben!

Felhasznált irodalom

Székely, Szél, Szeles, Kispéterné: Védőnői módszertan, SE Egészségügyi Főiskolai Kar 2006.

Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014.): *Órások*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Messing Vera – Molnár Emília: Bezáródó kapcsolati hálók: szegény roma háztartások kapcsolati jellemzői, Esély 2011/5.

<http://www.socialnetwork.hu/cikkek/NagyTecaTDK.htm> (letöltés időpontja: 2014. 03. 02.) Nagy Terézia: Kapcsolatháló elemzés egy szegedi hajléktalancsoportban

Kereki Judit: A koragyermekkori intervenció szakaszai a felismeréstől az ellátásba kerülésig, szülők segítése „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

WikiSzótár.hu{http://wikiszotar.hu/wiki/magyar_ertelmezo_szotar/Kapcsolat} (letöltés időpontja: 2014. 03. 10.)

Kommunikációtudományi Nyitott Enciklopédia [online:] {<http://ktnye.akti.hu/index.php/H%C3%A1ll%C3%B3zat>} (letöltés időpontja: 2014. 03. 10.)

12. TÉMA: A VÁLTOZÁS, A CSALÁD ÚJ ÉLETHELYZETHEZ VALÓ ALKALMAZKODÁSÁNAK SEGÍTÉSE, A SZÜLŐK ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁSÁNAK TÁMOGATÁSA (23–24. ÓRA)

Cél: Megismertetni a hallgatókat a család változáshoz, új élethelyzethez való alkalmazkodásának és a szülők életmódváltoztatásának jellemzőivel. A hallgató szakmai szerepének erősítése, módszertani és szakmai készségeinek fejlesztése a család változáshoz, új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítségével, a szülő életmódváltoztatásának támogatásában konkrét problémahelyzetek, esetek feldolgozásával, szerepjátékok segítségével.

12.1. ALTÉMA: A VÁLTOZÁS, A CSALÁD ÚJ ÉLETHELYZETHEZ VALÓ ALKALMAZKODÁSÁNAK SEGÍTÉSE

Feldolgozandó témák

- a változás, mint a család egyik alapvető funkciója;
- szülői reakciók fogyatékos gyermek születése esetén;
- változások a beteg, illetve fogyatékos gyermeket nevelő családok életében;
- védőnői feladatok a változás, az új élethelyzethez való alkalmazkodás segítségével;
- a védőnői munka jellemzői a változás elősegítésében.

12.1.1. A család önszabályozó funkciója és a változás

A család önszabályozó rendszer, dinamikus egység, melyet saját törvényei szabályoznak. Mint minden rendszernek, a családnak is két alapvető funkciója van: az egyensúly, a homeosztázis, a nem változás; és az új körülményekhez való alkalmazkodás, az adaptáció, a változás. Mindkét funkció életfontosságú a rendszer szempontjából. A célt, a rendszer fennmaradását és túlélését azonban nem az egyik vagy a másik funkció biztosítja, hanem a két funkció egymáshoz való viszonya. A változás: az adaptáció és a nem változás: a biztonság egyidejű igény (Kósa és Vajda, 2005).

A gyermekek számára biztonságot nyújtó családi állandóság mellett az állandó változások kezelése sokszor okozhat problémát a család számára. A változás nehéz folyamat, az ember többnyire a szokott szinten akar maradni, nem akar változtatni, egészen addig, míg a változás elkerülhetetlen. A változás kényszerét gyakran krízishelyzetet idézi elő, ezt fokozza a visszafordíthatatlanság ténye, a helyzet nem lezárhatósága (Szabóné, 2004).

A változások kezelésében a család elsődleges természetes támaszai a nagyszülők, rokonok, barátok. Ha ezek a természetes támaszok hiányoznak vagy nem elegendők az adott család esetében, akkor szükséges és lehetséges professzionális segítségnyújtást igénybe venniük: pl. védőnő, gyerekjóléti szolgálat, családsegítő (Szabóné, 2004).

Mindezek igazak a fogyatékos gyermeket gondozó/nevelő családokra is. Esetükben a családi élet változását a fogyatékoság súlyossága és ezzel szorosan összefüggő önállóság befolyásolja legdöntőbben.

12.1.2. Szülői reakciók fogyatékos gyermek születése esetén – Változások a beteg, illetve fogyatékos gyermeket nevelő családok életében – Védőnői feladatok a változás, az új élethelyzethez való alkalmazkodás segítségével – A védőnői munka jellemzői a változás elősegítésében

FELADAT

Alakítsanak 3-5 fős kiscsoportokat, majd a kiscsoportok gyűjtsék össze és jegyezzék le – az alábbi feladatmegosztásnak megfelelően – válaszaikat a fogyatékos gyermeket gondozó/nevelő családokról az alábbiakat!

1. csoport: Milyen szülői reakciók alakulhatnak ki fogyatékos gyermek születése esetén?
2. csoport: Milyen változásokhoz vezet a fogyatékos gyermek gondozása/nevelése a családok életében?
3. csoport: Milyen feladatai vannak a védőnőnek a fogyatékos gyermeket gondozó/nevelő családok változásának, új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítésében?
4. csoport: Milyen jellemzői vannak a védőnői munkának a változás elősegítésében?

A kiscsoportok egymást követően mutassák be az általuk készített listákat. A csoportok vegyenek részt a feladat közös megbeszélésében, szükség esetén egészítsék ki a másik három csoport által összegyűjtötteket.

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

Felhasznált irodalom

- Bass L. (2004.): Jelentés a súlyosan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről. Kézenfogva Alapítvány, Budapest
- Berszán L. (2008.): Fogyatékoság és családvilág. Mentor Kiadó, Marosvásárhely

- Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek I. – Krízis – Pszichoszomatika – Alkoholizmus – Narkómánia. A HÍD Családsegítő Központ, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Mentálhygiénés Csoport, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichohyiénés Szekciójának Kiadványa, Budapest, 1989.
- Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek V. – Segítő Találkozások – Példatár – A HÍD Családsegítő Központ, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Mentálhygiénés Csoport, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichohyiénés Szekciójának Kiadványa, Budapest, 1991.
- Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek IX. – Tisztázó Beszélgetések – Családkonzultációs és családterápiás módszerek. A HÍD Családsegítő Központ, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Kiadványa, Budapest, 1992.
- Kálmán Zs. (2004.): Bánatkó – Sérült gyermek a családban. Bliss Alapítvány
- Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2002.): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest
- Könczei Gy. (2009.): Fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon. Tanulmánykötet első rész. ELTE Bárczi Gyusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
- Szabóné Kármán J. (2004.): Családgondozás – Krízisprevenció. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest (14.3. A sérült gyermeket nevelő családok krízishelyzetei pp. 284–286.; 14.5. A védőnő teendői a sérülések megelőzésében és a sérült gyermeket nevelő családokban pp. 287–291.)

Ajánlott irodalom

- Frenkl S. – Rajnik M. (2000.): Életesemények. Semmelweis Egyetem TF. És Párbeszéd /Dialogus/ Alapítvány, Budapest
- Kémer B. – Rozsos K.: Fogyatékos gyermeket nevelni: szerep és csapda. Gyógypedagógiai Szemle, 2009/4
http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=29&jaid=414 (letöltés időpontja: 2014. 04. 10.)

12.2. ALTÉMA: A SZÜLŐK ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁSÁNAK TÁMOGATÁSA

Feldolgozandó témák

- tévhitiek a szoptató anyák dohányzásával, illetve dohányzásról való leszokásuk támogatásával kapcsolatosan;
- védőnői feladatok a dohányzásról leszokás támogatásában nem kellően motivált szülő esetén.

12.2.1. Tévhitek a szoptató anyák dohányzásával és dohányzásról való leszokásuk támogatásával kapcsolatosan

FELADAT

3-4 fős csoportok tagjaként beszéljék meg a feladatkártyán található állításokat, gyűjtsenek érveket és ellenérveket a témában, majd alakítsák ki közös álláspontjukat!

Feladatkártya

A dohányzásról való leszokásban megengedhető a cigaretta fokozatos elhagyása.

Dohányzó anya ne szoptassa gyermekét.

Szoptató anyáknál nem alkalmazhatnak gyógyszeres támogatást a leszokásban.

A dohányzásról való leszokás eredményessége csak akaraterő kérdése.

A csoportok egymást követően – választott képviselőik útján – bemutatják feladatkártyájukon szereplő állításokkal kapcsolatos állásfoglalást, majd a nagycsoport vita keretében alakítsa ki közös állásfoglalását. A nagycsoport közös álláspontjának kialakításában a csoportok választott képviselőik útján, az oktató irányításával vegyenek részt.

Figyelem! A Függelékben további szakmai háttéranyag olvasható az Altémához kapcsolódva.

Felhasznált irodalom

- A leszokás folyamata. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet – <http://dohanyzasleszokas.koranyi.hu/index.php/a-leszokas-folyamata> (letöltés időpontja: 2014. 04. 21.)
- Köteles F. – Varsányi P. (2001.): Sikeres leszokást! Hogyan hagyjuk abba a dohányzást? – <http://www.med-courier.com/index.phtml?pid=230000&id=476> (letöltés időpontja: 2014. 04. 21.)
- Kun J., G. (2013.): Szoptasson-e a dohányzó anya? – http://www.szoptatasportal.hu/szoptasson-e_a_dohanyzo-anyanya (letöltés időpontja: 2014. 04. 21.)
- Levine, M. D. – Marcus, M. D. – Kalarchian, M. A. – Cheng, Y. (2013.): Strategies to Avoid Returning to Smoking (STARTS): A randomized controlled trial of postpartum smoking relapse prevention interventions. *Contemporary Clinical Trials* 36 (2013.) pp. 565–573.
- Urbán R. (2009.): *A nikotinaddikció. In: Demetrovics Zs. (szerk.) (2009.): Az addiktológia alapjai I. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 107–132.*

12.2.2. Szoptatás alatt dohányzó anya életmód-változtatásának támogatása

Közismert, hogy a dohányzás számos egészségügyi kockázattal jár az anya, a magzat és a megszületett gyermek egészségére nézve. Addiktív természeténél fogva azonban a dohányzásról nem könnyű leszokni, és azoknak, akik megpróbálják, csak kis százaléka jár sikerrel. A várandósság általában elég erős motiváció a nők számára, hogy leszokjanak a dohány-

zásról, sokan azonban nem képesek lemondani a cigarettáról, és vannak, akik újra kezdik a dohányzást a gyermek megszületése után.

A dohányosok több mint 70%-a szeretne leszokni, és 30%-uk legalább egyszer meg is próbálja, több-kevesebb sikerrel. Segítség nélkül azonban a dohányosok 3%-a képes csak a leszokásra. (Leszokás alatt azt értik a szakemberek, ha valaki már legalább 1 éve nem dohányzik.) Ez az arány lényegesen javítható, ha a pusztá akaraterőn kívül a leszokni vágyó segítséget kap, akkor a leszokási arány megsokszorozódik (Carr, 2013).

Bizonyos élethelyzetekben (várandósság, kisgyermekes anyák) a védőnő kerül legközelebb a családokhoz, és a gyermek érdekére hivatkozás nagyon hatásos motivációs tényező lehet a dohányzás abbahagyásában – elsősorban az anya, de a többi családtag esetében is. Célszerű, ezért ha ő is képes a leszokást segítő támogatásra.

FELADAT

A gyakorlat hátralévő részében a feldolgozandó szituációban a védőnőnek dohányzó szoptató anyára kell segítséget nyújtani a dohányzásról való leszokásban.

Szerepek és feladatok

1. játékos: a védőnő (a motivációs interjú levezetése – az esetpélda alapján) – A védőnő egy 2 hetes kisfiú családlátogatása alkalmával a második gyermekének életet adó édesanyjának nyújt támogatást a dohányzásról való leszokásban

Esetpélda a „védőnőnek”:

A második gyermekének életet adó Á. tizennyolc éves kora óta dohányzik. Hét éve, amikor az első gyerekével várandós lett, nagyon megijedt, hiszen nem volt tervezett baba, nem számítottak rá. Akkor azonnal letette a cigarettát. Azután ahogy abbahagyta a szoptatást, ismét rágyújtott. Azóta is dohányzik, csak néhány hét maradt ki, amikor a második babával a kilencedik hónapban a kórházban feküdt magas vérnyomás miatt. A párja is dohányos, egyszer a várandósság ideje alatt is megpróbálták együtt letenni a cigarettát, de nem voltak rá képesek, nem sikerült. Védőnője és orvosa persze nem örült ennek, de ő még a füstmentesség gondolatától is ideges lett, ezért nem erőltette a leszokást. Most, hogy szoptat, nyolc-tíz szálat szív egy nap. A gyermek a 40. terhességi héten, 2890 grammos születési súllyal és ajakhasadékkal született. A kisfiú most kéthetes, nagyon nyugtalan, órákat sír, nem tudják megnyugtatni, nem szopik rendesen. Párjával együtt nagyon aggódnak a gyermekért. Férjével együtt egy internetes felületen olvasták, hogy a hasfájás egyik valószínű oka lehet a kettőjük dohányzása is. Gondolkodnak, hogy abba kellene hagyniuk a dohányzást, de nem biztosak benne, hogy készen állnak, illetve képesek lesznek a leszokásra.

2. játékos: az anya – Ön egy, második gyermekének életet adó 2 hetes kisfiú édesanyja. Tizennyolc éves kora óta dohányzik. Hét éve, amikor az első gyerekével várandós lett, nagyon megijedt, hiszen nem volt tervezett baba, nem számítottak rá. Akkor azonnal letette a cigarettát. Azután ahogy abbahagyta a szoptatást, ismét rágyújtott. Azóta is dohányzik, csak néhány hét maradt ki, amikor a második babával a kilencedik hónapban a kórházban feküdt magas vérnyomás miatt. A párja is dohányos, egyszer a várandósság ideje alatt is megpróbálták együtt letenni a cigarettát, de nem voltak rá képesek, nem sikerült. Védőnője és orvosa persze nem örült ennek, de ő még a füstmentesség gondolatától is ideges lett, ezért nem erőltette a leszokást. Most, hogy szoptat, nyolc-tíz szálat szív egy nap. Kisfia most kéthetes nagyon nyugtalan, órákat sír, nem tudják megnyugtatni, nem szopik

rendesen. Párjával együtt nagyon aggódnak a gyermekért. Férjével együtt egy internetes felületen olvasták, hogy a hasfájás egyik valószínű oka lehet a kettőjük dohányzása is. Gondolkoznak, hogy abba kellene hagyniuk a dohányzást, de nem biztosak benne, hogy készen állnak erre, illetve képesek lesznek a leszokásra.

3. játékos: a megfigyelő – A szerepjáték során feladata a védőnői szerepkört betöltő hallgatótársának megfigyelése. A megfigyeléshez a mellékelt megfigyelőlap szempontjai nyújtanak segítséget Önnek, melyen észrevételeit és megjegyzéseit is jelölheti. A megfigyelési szempontok teljesülését „igen”, nem teljesülését „nem” válasz bekarikázásával jelezze!

Megfigyelési szempontok		Észrevételek, megjegyzések
Segíti az anyát a leszokás személyes fontosságának feltárásában.	igen – nem	
Megkéri az anyát, hogy mondja el, hogy mennyire elégedett az anya a kliens jelenlegi életével, majd megkéri, hogy képzelje maga elé, és mondja el, milyennek szeretné az életét.	igen – nem	
Segít feltárni az anya saját céljai és jelen viselkedése közötti ellentmondásokat.	igen – nem	
Segíti feltárni a dohányzás lehetséges rövid távú és hosszú távú előnyeit és hátrányait az anyára nézve.	igen – nem	
Segíti feltárni a dohányzás lehetséges rövid távú és hosszú távú előnyeit és hátrányait az a környezetében élőkre.	igen – nem	
Segíti feltárni, hogy miért lenne jó változtatni és miért nem lenne jó.	igen – nem	
Segíti a leszokást akadályozó tényezők azonosítását.	igen – nem	
Segíti a leszokást akadályozó tényezők azonosítását és megoldási lehetőséget ajánl.	igen – nem	
Segíti az önmotiváló állítások előhívását, megerősíti az anya jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességeit.	igen – nem	
Kifejezi, hogy bízik az anyában, hogy képes lesz a változásra.	igen – nem	
Az interjú végén nyitott kérdésekkel felméri, hogy az anya mennyire áll készen az elköteleződésre.	igen – nem	

Megfigyelési szempontok		Észrevételek, megjegyzések
Alkalmazza a motivációs interjú alapelveit: empátia kifejezése, diszkrepancia kialakítása, a vitatkozás elkerülése, együtt haladás az ellenállással, a változás képességének alkalmazása.	igen – nem	
Alkalmazza a motivációs interjú gyakorlati alkalmazásának módszereit: nyitott kérdések, visszatükröző (reflektív) figyelem, megerősítés, összegzés.	igen – nem	
Kerüli a vitát.	igen – nem	
Ellenállás esetén stratégiát vált.	igen – nem	
Az interjú során hangsúlyozza az anya jogát a választáshoz.	igen – nem	
Az interjú során hangsúlyozza az anya szabadságát az eddigi viselkedésének megtartásában vagy megváltoztatásában.	igen – nem	
Az interjú során hangsúlyozza az anya felelősségét döntése következményéért.	igen – nem	

4. A csoport többi tagja szintén követi a beszélgetést, és egyéneenként kitölti a megfigyelőlapot

Felhasznált irodalom

Carr, A. (2013.): Leszokni a dohányzásról? Park Könyvkiadó Kft., Budapest

Ajánlott irodalom

Prochaska, J. O. – Norcross, J. C. – DiClemente, C. C. (2009.): Valódi újrakezdés – Hatlépcsős program árthatmas szokásaink leküzdésére. Ursus Libris, Budapest

Urbán R. (2009.): A nikotinaddikció. In: Demetrovics Zs. (szerk.) (2009.): *Az addiktológia alapjai I.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 107–132.

Urbán R. (2009.): *A motivációs interjú.* In: Demetrovics Zs. (szerk.) (2009.): *Az addiktológia alapjai III.* ELTE Eötvös Kiadó Kft., Budapest, pp. 277–293.



13. TÉMA: EGYÉNI ESETKEZELÉSEK. GONDOZÁSI ALGORITMUS GYAKORLÁSA (25–26. ÓRA)

13.1. ALTÉMA: A GONDOZÁS FOLYAMATÁNAK ÁLTALÁNOS SZEMPONTJAI EGÉSZSÉGES GYERMEK GONDOZÁSA ESETÉN

Feldolgozandó témák

- gondozási szükségletek meghatározása
- gondozási folyamat készítése, nyomon követése

A tartalom részletes kifejtése

Az eredményes csecsemőgondozás általános szempontjai:

- a bizalmi kapcsolat és a nyílt kommunikáció megteremtése, fenntartása,
- a csecsemőt nevelő családok kulturális, etnikai, vallási, szociális háttérének megértése,
- tájékozódás a gyermek környezetéről,
- a család belső harmóniájának megismerése, a családban uralkodó feszültségek, konfliktusok felismerése, felismertetése,
- a genetikai betegségek kockázatának meghatározása,
- a betegségek korai felismerése a kórelőzmény, a fizikai vizsgálat és bizonyos szűrőtesztek segítségével,
- a fejlődési és viselkedési zavarok korai felismerése és korrekciójuk ellenőrzése,
- az egészség fenntartásának és javításának elősegítése (immunizáció, táplálási tanácsok stb.),
- megfelelő tanácsadás a megelőzésben.

A védőnő feladata, hogy

- folyamatos megfigyelésen alapuló tanácsadással és egészségfejlesztéssel nyomon kövesse és támogassa az újszülött otthonában történő adaptációját és a csecsemő optimális testi, lelki, szellemi, szociális fejlődését,
- folyamatos megfigyelésen alapuló tanácsadással és egészségfejlesztéssel segítséget nyújtson a családnak az egészségkárosodások és balesetek megelőzése érdekében,
- figyeljen az újszülött és csecsemő életében bekövetkező kedvező vagy kedvezőtlen változásokra, az egészséges fejlődést veszélyeztető tényezőkre,

- a mindenkor hatályos irányelvek alapján elvégzi és dokumentálja a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokat a védőnői dokumentációban, számítógépes programban és a Gyermekegészségügyi kiskönyvben,
- a szülők/gyermeket nevelők tájékoztatása a csecsemő táplálásáról, a kötelező és nem kötelező védőoltásokról, az életkorhoz kötött házi gyermekorvosi/háziorvosi és védőnői szűrővizsgálatokról; feladata továbbá ezek megtörténének ellenőrzése,
- elhanyagolás/bántalmazás gyanúja esetén tegye meg a jogszabály és a speciális szakmai irányelv által előírt lépéseket,
- a gondozásba vételkor prioritást állít fel a gondozás dimenziói között.

A csecsemő családjának tájékoztatása a gondozás során a védőnői kompetenciakörbe tartozóan a primer prevenció célja az egészséges életmód, környezet, életkörülmények, személyiség fejlődés biztosítása.

A védőnő az alábbi témakörökben ad át rendszeresen ismereteket a csecsemő családjának:

- egészséges táplálás, különös tekintettel a szoptatásra,
- csecsemő egészséges fejlődése,
- az állapotnak megfelelő gondozás,
- napirend,
- kiegyensúlyozott anya-gyermek kapcsolat,
- szülői szerepek,
- egészséges életmód,
- családi és szociális ellátások,
- baleset megelőzés, biztonságos autós gyermekülés jelentősége,
- elsősegélynyújtás,
- környezetkárosító hatások az egészségre,
- szájhygiénés tanácsadás, kockázatbecslés a láz fogalma, mérésének technikája, a lázcillapítás módja,
- az ügyeleti szolgálat igénybevételének szempontjai,
- a csecsemő légzésének megfigyelése,
- alapvető hygiénés szokások, kézmosás jelentősége, a családtagokkal, látogatókkal való kapcsolat,
- csecsemőgondozási tanácsok, valamint a csecsemő minden napját segítő tevékenységek és eszközök megismertetése, fektetési tanácsok.

A védőnő feladata felhívni a szülő figyelmét

- a csecsemőkorban előforduló rizikótényezőkre, a kontrollszűrések fontosságára, meggyőzni a szülőket az esetleges káros szenvedélyek elhagyásáról és az aktív élet, a mozgás fontosságáról,
- egészségügyi ellátásra
- védőnői látogatások, tanácsadás rendjére, csoportos egészségfejlesztési lehetőségekre, területileg illetékes orvosi ellátásra, szakellátásra, az életkorhoz kötött kötelező védőoltásokra, az orvosi, védőnői szűrővizsgálat jelentőségére, időpontjaira.
- szülő feladataira:
- személyi adatok és tartózkodási hely változásának bejelentése,

- gyermek-egészségügyi könyv megőrzése,
- egészségügy által javasolt egészségügyi szolgáltatások (orvosi – védőnői tanácsadás) igénybevétele, megjelenés a kötelező védőoltáson, szűrővizsgálatokon,
- gyermekjogokról, szülői kötelezettségekről,
- jelzés az elváltozásokról, eltérésekről, szociális juttatásokról, szociális ellátó rendszerről, első látogatáskor, majd védőnői látogatások során folyamatosan. (Szakmai irányelv: Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban 14–19. oldal.)

Egyéni oktatás

Az elsődleges prevenció során a cselekvési lehetőségeket a védőnő a gondozottjával megismerteti, megtanítja, alternatív lehetőségeket tár fel számára, ezzel készíteti a szülőket gyermekük életének egészséges irányítására, szükség esetén magatartásának megváltoztatására.

Csoportos: alternatív gondozás/oktatás

Olyan tevékenység, amikor a védőnő egy időpontban egyszerre több szülő részére szervezi meg a tanácsadást (tanácsadóban, közösségi helyszínen) egy közös cél érdekében. A célja lehet: figyelemfelkeltés, kölcsönös támogatás, oktatás, életmód-befolyásolás (pl. a rendszeres mozgás, testedzés előnyeinek ismertetése), gyermekgondozási teendők elsajátíttatása, begyakoroltatása, csecsemőmasszázs oktatása, baleset-megelőzési és elsősegély-nyújtási ismeretek átadása.

A csecsemőgondozás keretében a védőnők által önállóan végezhető vizsgálatok a csecsemők aktuális életkorának megfelelően történnek.

Általános állapot megfigyelése, találkozások alkalmával mindig figyelemmel a tápláltságra, a széket-, vizeletürítésre, valamint a fejlődési rendellenességekre.

- testarányok mérése (testtömeg, testhossz, fej körfogat/forma, mell körfogat) védőnői tanácsadások, státuszvizsgálatok alkalmával, figyelemmel a fej, a mell és a törzs deformításokra,
- elemi mozgásminták/reflexek vizsgálata,
- pszicho-motoros fejlődés vizsgálata a státuszvizsgálatok alkalmával,
- érzékszervi szűrővizsgálatok: látás, hallás vizsgálata,
- mozgás, mozgásszervek vizsgálata, figyelemmel az izomtónusra,
- kültakaró vizsgálata, figyelemmel a köldök, köröm, nemi szervek állapotára, minden találkozási alkalommal, amikor a csecsemő levetkőztetése lehetséges,
- szájüreg megtekintése látogatások és tanácsadás alkalmával,
- táplálás helyességének (minősége és módja) megfigyelése táplálási mód: gyakoriság, mennyiség, nehézségek, akadályok, készségek anyatejes táplálás kellekei,
- viselkedési jellemzők: sírás, nyugtathatóság, kontaktus,
- gondozási feltételek: pelenkázás, fürdetés kellekei, ruházat,
- higiénés körülmények,
- csecsemő fekhelye, elhelyezése,
- alvási-ébrenléti periódusok,
- baleseti veszélyforrások, veszélyeztető tényezők,

- vitamin-profilaxis követése,
- szociális környezet megfigyeléses vizsgálata – a mindenkor érvényben levő helyzetértékelés és környezettanulmányi kód szerint:
 - családi viszonyok, a család belő harmóniája,
 - életvitel, anyagi, egzisztenciális háttér,
 - tárgyi feltételek, lakás és lakókörnyezet adottságai,
 - egyéb tényezők.

Az egészségügyi és szociális alapellátás szereplőinek együttműködése

Az egészséges gondozás érdekében folyamatos információcsere szükséges a házi gyermekorvos/háziorvos és területi védőnő között, mely történhet közös tanácsadás vagy konzultáció során, illetve írásos értesítés révén.

Észlelt eltérésről a házi gyermekorvos/háziorvos és a védőnő kölcsönösen írásban informálja egymást. Sürgős esetben azonnali telefonon való értesítés szükséges.

Rendszeres/szükség szerinti konzultációnak kell történnie a csecsemő ellátásában részt vevő védőnő és házi gyermekorvos/háziorvos között, valamint a Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálatokkal. A szakmai konzultáció témája a felmerülő problémák és minden olyan körülmény, ami kedvezőtlenül befolyásolhatja a csecsemő zavartalan fejlődését.

A problémát észlelő szakember a család szociális, családi körülményeinek a csecsemőre veszélyt jelentő változása esetén írásos jelzést ad a védőnő, a házi gyermekorvos/háziorvos, valamint a Gyermekjóléti Szolgálat részére. A jelzési kötelezettség a jelzőrendszer valamennyi tagjára vonatkozik, valósuljon meg minden irányban a csecsemő egészséges fejlődésének érdekében. (Szakmai Irányelv: Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban 14–19. oldal.)

CSOPORTMUNKA

Az eset kapcsán gondozási program készítése, a feladatlap hiányzó szürkével jelölt részeinek kitöltése tanári instrukció alapján

Esetismertetés

T. Petra édesanyja első tervezett várandósságából 38. gesztációs hétre, sectióval, 9/10-es Apgarral született. Születési súlya 3300 gramm volt, hossza 51 cm. Fej körfogata 32 cm, mell körfogata 33 cm.

A várandósság lefolyása zavartalan volt, édesanyja 26 éves volt a szülés idején. Szülei házasságban élnek, rendezett körülmények között. Édesanya első, édesapa második házassága, neki van már egy 11 éves lánya, akit együtt nevelnek.

A védőnő az első látogatás során a következőket tapasztalta: Petra zárójelentésében szerepelt, hogy nagykutacsa pontszerű, a varratok elcsontosodása miatt ortopédiai konzílium és agyi ultrahang elvégzése javasolt. Az újszülöttnél fokozott nyelvöltögetést tapasztaltak ezért TSH-ra vérvétel történt. A mellkasa jobb oldalán 1,5x1,5 cm nagyságú hemangioma kezdete volt látható, ezért a védőnő bőrgyógyászati ellenőrzést javasolt. Az újszülöttet édesanyja anyatejjel táplálta, köldöke ekkor még kissé nedvedző volt, és bőre icterusos volt.

A következő látogatás során a védőnő azt tapasztalta, hogy a csecsemő súlya gyarapodott, szopási készsége jó és bőre rendben volt. Naponta több széklete volt és szélgörcsök jelentkeztek nála, a védőnő Infacol adását javasolta.

3 hetesen fejlődésneurológiai szakvizsgálat történt, fejkörfogata ekkor 33,5 cm volt, agyi ultrahangot elvégezték, eltérést nem találtak. D-vitamin napi 1 csepp adását javasolták és visszahívták kontroll vizsgálatra. A vérvétel eredménye emelkedett TSH-tértéket mutatott, ezért endokrinológiai szakvizsgálaton voltak ahol Hypothyreosis miatt ¼ tableta Euthyrox gyógyszer szedését javasolták és ismételt vérvételre küldték. Bőrgyógyászat – eltérést nem talált.

7 hetesen csípőszűrésen voltak, ahol a bal csípő kötöttsége miatt terpeszbetét hordását írták elő és a lábfeje 5 fokos abdukciója miatt lábtornát javasoltak. A fejlődésneurológiai kontroll megtörtént, és az ismételt agyi, UH eredménye is negatív lett.

3 hónaposan a megismételt vérvétel eredményében a TSH-szint határérték alatt volt ezért a hormonpótlást felfüggesztették. Az ortopédiai szakvizsgálat kontrollján megállapították, hogy a csípő kötöttsége megszűnt az ellenőrzést az ortopédián befejezték. Hasfájás, szélgörcsel kapcsolatos panaszok megszűntek.

Jelenleg a csecsemő 4 hónapos és jól van, oltásait megkapta. Figyelmes, hangra jól reagál, nyelvöltögetése ritkult. Fejlődésneurológiai és endokrinológiai kontroll alatt van. Édesanya együttműködő, ellenőrzésekre rendszeresen elviszi. Védőnői is fokozott figyelemmel kísérik a fejlődését.

FELADATLAP a gondozási folyamat bemutatására

Időpont /feladat gondozás szintjére	Gondozási szükséglet		Gondozási folyamat			ellenőrzés értékelés
	megállapítása a, anamnézis felvétele b, rizikófelmérés	önállóan, minimálisan elvégzendő, kötelező, szükségletfeltáró vizsgálatok (tükérdézés, megtekintés, megfigyelés, mérések, önmegfigyelés-re tanítás révén)	probléma megfogalmazása	tájékoztatás, információ, ismeretek átadása, tanácsok adása	kapcsolattartás/konzultáció	
Aktív felkutatás A születési intézmény által megküldött „Értesítés újszülöttről” című nyomtatvány kézhezvételét követően a csecsemő nyilvántartásba vétele.	Egészes újszülött/csecsemő/kisgyermek nyilvántartásba vétele T. Petra 38. gesztációs hétre, sectióval, 9/10-es Apgarral született. Születési súlya 3300 g volt, hossza 51cm, Fej körfogata 32 cm, mell körfogata 33 cm. Zárójelentés adatainak áttekintése, anamnézis rögzítése a várandós dokumentáció alapján • első gyermek • várandósság lefolyása zavartalan volt, mater 29 éves • házassági kapcsolat • együttélő családtagok szülők, és az apa első házasságából született 11 éves gyermeke	Testarányok – időre született, érett újszülött Elemi mozgásminták/reflexek Pszicho-motoros fejlődés életkornak megfelelő Érzékszervek épek Mozgás, mozgásszervek épek Kütlakaró Nagykutatcs pontszerű, a varratok elcsontosodása A mellkasa jobb oldalán 1,5x1,5 cm nagyságú hemangioma kezdete volt látható köldöke kissé nedvedző és bőre icterusos Fokozott nyelvtögtetés Szájüreg megtekintése soor nem látható, kp vértelt Táplálás helyességének (minősége és módja) megfigyelése Az újszülöttet édesanya anyatejjel táplálja Viselkedési jellemzők: Gondozási feltételek: Higiénés körülmények biztosítottak, megfelelő csecsemő fekhelye, elhelyezése megfelelő Alvási-ébredési periódusok aluszékonyosság	Nagykutatcs pontszerű, a varratok elcsontosodása haemangióma fokozott nyelvtögtetés köldök nedvedző icterus aluszékonyosság	1, 2, 3, további orvosi vizsgálatok, 4. megfelelő köldökápolás – higiéné betartása 5.bőr-icterus megfigyelése, de különösebb ellátást nem igényel 6. táplálás – aluszékonyosság esetén különös odafigyelés Egészségügyi ellátás Szülő feladatai Szülő kérdőív Mindennapi gondozás: (testi szükségletek) öltöztetés, pelenkázás, levegőztetés, napoztatás, fürdetés, bőr-icterus megfigyelése, de különösebb ellátást nem igényel megfelelő köldökápolás – higiéné betartása , fogás, tartás Alapvető szükségletek: testi fejlődés, – gyarapodás, szoptatás, táplálás – aluszékonyosság esetén különös odafigyelés napirend, alvás, személyi higiéné, mozgás Pszichés szükségletek: érzelmi fejlődés, szeretet, anya-apa-gyermekek kapcsolat Értelemi szükséglet: látás, hallás, figyelem sírás Környezeti szükségletek: élettér, biztonság, környezeti higiéné	Ortopédiai konzílium és agyi Ultrahang elvégzése javasolt. 2. bőrgyógyászati 3.TSH-ra vérérvétel	

Időpont /feladat gondozási szintjére	Gondozási szükséglet		Gondozási folyamat			
	megállapítása a, a nammézis felvétele b, rizikófelmérés	önállóan, minimálisan elvégzendő, kötelező, szükségletfőltáró vizsgálatok (kikerdezés, megtekintés, megfigyelés, mérések, önmegfigyelésre tanítás révén)	probléma megfogalmazása	tájékoztatás, információ, ismeretek átadása, tanácsok adása	kapcsolattartás/konzultáció	ellenőrzés értékelés
életkor 2 hét Család otthonában újszülött látogatás		Vitamin profilaxis követése K, vitamin Szociális környezet rendezett körülmények		Egészségügyi szükséglet: BCG heg alakulása, D és K vitamin profilaxis Baleset megelőzés, biztonságos autós gyermekülés jelentősége, családi és szociális ellátások, alapvető higiénés szokások, kézmosás jelentősége, a családtagokkal, látogatókkal való kapcsolat, Szakirodalom és szakmai tartalmú internetes források ajánlása, Kóros állapotok tünetei, lázcsillapítás	Ortopédiai konzílium és agyi Ultrahang elvégzése javasolt. 2. bőrgyógyászat 3.TSH-ra vérvétel	Aluszekony-ság icterus megszűnt Köldök állapota rendben Orvosi vizsgálatok még nem történtek meg
életkor 3 hét Család otthonában újszülött látogatás		A csecsemő súlya gyarapodott, szopási készsége jó és bőre rendezett volt. A luszekonyosság nem tapasztalható. K vitamin profilaxis folyamatos Naponta több széklete volt és szélgyörcsök jelentkeznek.	I. nagykutacs pontszerű, a varratok elcsontosodása haemangioma fokozott nyelvöltögetés szélgyörcsök	1, 2, 3, további orvosi vizsgálatok fontossága 4. Infacol adása javasolt napirend kiegészülőzött anya-gyermek kapcsolat szülői szerepek egészséges életmód		
életkor 3 hét Család otthonában újszülött látogatás		A csecsemő súlya gyarapodott, szopási készsége jó, anyatej elengedő. A csecsemő bőre rendezett. A szélgyörcsök jelentkeznek Kontroll vizsgálatok megtörténtek K és D vitamin profilaxis folyamatos		1.2 eltérés nem találtak fejlődés neurológiai szakvizsgálat D-vitamin napi 1 csepp adását javasolták 3endokrinológiai szakvizsgálaton voltak ahol Hypothyreosis miatt ¼-ed tableta Euthyrox gyógyszer szedését javasolták		

Időpont /feladat gondozás szintere	Gondozási szükséglet		Gondozási folyamat				
	megállapítása a, a namnézis felvétele b, rizikófelmérés	önállóan, minimálisan elvégzendő, kötelező, szükségletfeltáró viz- sgálatok (tükérdézés, megtekintés, megfigyelés, mérések, önmegfigyelés- re tanítás révén)	probléma meg- fogalmazása	tájékoztatás, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása	kapcsolattartás/ konzultáció	ellenőrzés értékelés	
		Nyelvöltögetés még tapasztalható Mozgása tömeges elemi mozgás- mintákat ki lehet váltani. Flexiós tartásban fekszik. A hirtelen za- jokra, a csecsemő összerenzen, ke- zeit, lábait összerántja, Hirtelen fényre erősen hunyorog. Alkalmazkodik a környezetből ét- kező ingerekhez, édesanyával fő- kozatosan alkalmazkodnak egy- máshoz		Tájékoztatás a gyógyszer tárolásról, gyógyszerbeadási módszerekről D,K vitamin profilaxiról 4.Szükség esetén Infacol adása java- solt tájékoztatás: szülői kérdőívről, riziko kérdőívről védőnői, házi gyermekorvosi, csípő- szűrés, szűrővizsgálatokról, táplálás- ról, mindennapos gondozásról, szükségletekről lázmérésről, lázcsillapítás módjáról (a lázmérők és a lázcsillapítók ellen- őrzése)			
életkor 7. hét Család ottho- nban újszülött lá- togatás			1. csípőszűrés a bal csípő között és a lábfej 5-fo- kos abdukcója 2. szelgörcs 3. nyelvöltöge- tés még előfor- dul, de ritkán		fejlődés neurológi- ai szakvizsgálat az ismételt agyi, UH eredménye is ne- gativ lett csípőszűrésen vol- tak, ahol a bal csi- pő között és a láb- fej 5-fokos abdukcója szakorvosi, házi gyermekorvos, vé- dőnői szűrővizs- gálat, tanácsadás esedé- kes	nyelvöltöge- tés ritkult orvosi javal- latra kapott gyógyszer szedése folya- matos szelgörcs al- kalmanként probléma szűrővizsgá- latok, kont- roll vizsgálá- tok megfor- témentek	

Időpont /feladat gondozási szintere	Gondozási szükséglet		Gondozási folyamat			
	megállapítása a, a nammézis felvétele b, rizikófelmérés	önállóan, minimálisan elvégzendő, kötelező, szükségletfeltáró vizs- gálatok (kikérdés, megtekintés, megfigyelés, mérések, önmegfigyelés- re tanítás révén	probléma meg- fogalmazása	tájékoztatás, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása	kapcsolattartás/ konzultáció	ellenőrzés értékelés
életkor 3 hónap Család otthon- nában csecsemő lá- togatás		A csecsemő fejlettsége életkorá- nak megfelelő. Anyatejes táplálás elegendő. K és D vitamin profilaxis folyama- tos. Gyógyszeresedés folyamatos, Nyelvtőgyógyászat ritkán előfordul. Ellenőrző vizsgálatok kötelező vé- dőltások, szűrővizsgálatok meg- történtek Hasiájás megszűnt A csecsemő fejét már hosszán és könnyen megtartja közepén, kar- jait felemeli a matracról és maga elé emeli. Kezeit közepén össze- hozza, és a szájába is veszi. Napirend kialakult (alvás, ébren- lét, levegőztetés, etetés, játék) Megfelelő szabadidő, játékok áll ren- delkezésre a gyermek fejlődéséhez. Baleseti veszélyforrások, veszé- lyeztető tényezők nem tapasztal- hatók Anyá-gyermek, anya-apa- gyer- mek kapcsolat harmonikus	nyelvtőgyógyászat még előfordul, de ritkán		Vérétel TSH szint határérték alatt hormonpótlást fel- függesztették. Az ortopédiai kontrollon megál- lapították, hogy a csípő kötöttsége megszűnt az ellen- őrzést befejezték. házi gyermekorvo- si, védőnői szűrő- vizsgálat, védőöl- tás tanácsadás esedé- kes	nyelvtőgyógyászat ritkult orvosi javallat- ra kapott gyógyszer szedése folya- matos szélgőrcsöl kapcsolatos panaszok megszűntek szűrővizsgá- latok, védőöl- tások, kont- roll vizsgálá- tok megfőr- téntek
életkor 4 hónap Család otthon- nában csecsemő lá- togatás					Fejlődés neurolo- giai és endokri- nologiai kontroll a későbbiekben	

Felhasznált irodalom

- Szakmai Irányelv: Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez (2014)
- Dr. Berényi M., Hulényi Opláznik K., Dr. Kántor I., Dr. Kubinyi E., Maradáné Veréb V., Dr. Szédely N-K., Vargáné Dr. Molnár M.: Gondozási kézikönyv – Kézirat. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

13.2. ALTÉMA: A GONDOZÁS FOLYAMATÁNAK SZEMPONTJAI ELTÉRŐ MOZGÁSFEJLŐDÉSŰ GYERMEK GONDOZÁSA ESETÉN

Feldolgozandó témák

- gondozási szükségletek meghatározása
- gondozási folyamat készítése, nyomonkövetése

FLADAT

Az eset kapcsán gondozási program készítése, a feladatlap hiányzó – szürkével jelölt-részeinek kitöltése tanári instrukció alapján.

Ez egy hároméves gyermek 9 hónapos és 3 éves korban történt állapotfelmérésének bemutatása.

C. M. 9 hónapos fiú csecsemő esetelemzés

Következő 9 hónapos fiú csecsemő anamnézisének megtekintve, milyen lenne a Szülői Kérdőív kitöltése egy olyan szülő esetén, akinek a csecsemő fejlődéséről való tudása megfelelő és meleg, elfogadó nevelési mód jellemzi.

Az anamnézis információi alapján gyűjtse össze a protektív és rizikótényezőket!

Rendelkezésre álló információk alapján értékelje az adott helyzetet, s fogalmazza meg a problémát!

Ha az adott gondozási folyamat részletét átolvassa, hogyan ítéli meg a szülő kompetenciáját gyermeke nevelése-gondozása tekintetében?

<p>Gondozási szükséglet megállapítása Anamnézis felvétele</p>	<p>dokumentációk alapján megjelenő információk</p>	<p>Mater várandóssága idején 30 éves volt. Készült a várandósságra, tervezték a gyermeket, fogamzásgátló módszert nem használtak. Magzatvédő vitamint már a fogamzás előtt is szedett (Gravida 1x1).</p> <p>Jó szociális körülmények között, 3 szobás új építésű családi házban élnek a szülők, nagyszülőktől 20 km-re lévő városban.</p> <p>Első vizsgálat: a méh nagysága 6 hetes terhességnek felelt meg. UH: méhen belül egy ép petezsák és amnion és szikhólyag. CRL:7,3 mm. C. M.-né 6 hetes primiparaként jelentkezett a védőnőnél várandóstanácsadáson. Testsúly: 54,5 kg. Vérnyomás: 104/53 Hgmm, pulzus: 71/min. Vizeletében ketontestek voltak kimutathatók, egyebekben negatív volt. A várandós panaszai, reggeli hányinger, hányás, gyakori vizeletürítés.</p> <p>A mater fogászati asszisztensként dolgozott.</p> <p>Grav. sd. 13 hét + 2 nap. UH lelet: NT: 1,2 mm kórós eltérés nincs.</p> <p>Grav. sd. 17 AFP: 30,2</p> <p>Grav. sd. 22 Testsúly: 55 kg. Vérnyomás: 102/61 Hgmm. Pulzus: 88/min. Jó magzatmozgás. Vizelet negatív.</p> <p>Panaszmentes volt a terhesség, normál vérképpel, az anya viszonylag korán érezte a magzatmozgásokat.</p> <p>C. M. fiúgyermek született a 38. terhességi hétre. A gyermek rohamszüléssel született és a szülés során gátvédelmet alkalmaztak. Az anya NST eredménye nem volt megfelelő, ezért indították meg a szülést. Apgar-érték 9-10. 3410 g-mal és 50 cm-rel jött a világra. 5 naponan engedték haza az anyát csecsemőjével.</p> <p>A csecsemő az első hónapokban megfelelően fejlődött, anyatejet kapott, csak szopott 6 hónapos koráig. Anaemiája miatt gyermekorvos Maltofer cseppet írt fel. 6 hónapban korban testtömeg: 7500 g (25-50 Pc), testhossz: 68 cm (50 Pc) fejkerület: 41 cm (10 pc) mellkerület: 41 cm (10-25 pc).</p>
	<p>Érzékszervek, érzékelés, észlelés vizsgálata (látás, hallás)</p>	<p>Ránéz a kezében lévő tárgyra, a vele játszó személyre. Követi a leeső tárgyat. A hangforrás irányába fordul, keresi azt. Szereti a zenét és az éneket. Tud és szeret is zajt kelteni. Felfigyel a nevére.</p>
	<p>Adaptáció, gondolkodás</p>	<p>Már két tárggyal is tud játszani, azokat összefüggésbe hozza, összeütogeti. Elrejtett tárgyat megtalál. Működésbe hoz egy játékeszközt. Gesztust tud utánozni.</p>
	<p>Preverbális képességek, kommunikáció</p>	<p>Szótagokat ismételi, „beszélget”. Halandzsázni kezd. Mozdulattal kísért, egyszerű utasításokat megért</p>
	<p>Szocializáció</p>	<p>Tart az idegen személyektől. Élvezi a kukucs játékot. Tükörképét élvezettel nézegeti.</p>
	<p>Testi fejlődés és motoros képességek (nagy- mozgások, finommozgások/manipuláció)</p>	<p>Nagymozgás: Hason fekve mellkasát emeli, fejét nehezen tartja. Egyik oldali végtagját vagy végtagjait kevésbé használja, ügyetlenebbül mozgatja. Kúszása aszimmetrikus, csak az egyik oldali végtagjait használja az előrehaladáshoz. Négykézláb állásban mindig a sarkára ül, mászásnál egyszerre maga alá rántja a térdeit. Ültetett helyzetben rögtön eldől, lefekszik. Nem törekszik a függőleges helyzet megtartására. Próbálna, de képtelen egyensúlyban maradni. Finommozgás: Célirányosan, pontosan nyúl a tárgyakért. Fel tud venni és meg tud tartani két tárgyat.</p>

Szülői Kérdőív	Igen, rendszeresen (gyakran, többnyire)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Önállóan felül?			
2. Kúszva vagy mászva helyet változtat?			
3. Négykézláb rugózik („kutyázik”)?			
4. Leeső játéknak, tárgynak utánanéző?			
5. Két tárgyat (pl.: játékot) megfog és egymással összeütöget?			
6. A játékot eldobálva várja, hogy visszakapja?			
7. Ülve, támaszkodás nélkül játszik? (Azaz nem görnyed előre, nem támaszkodik a széttett lába közé vagy a combjaira?)			
8. Ismételtet szótagokat? (Pl.: <i>ba-ba-ba, ma-ma-ma, te-te-te</i>)			
9. Mozdulattal kísért, egyszerű utasításokat megért? (Pl. „Kérem!”, „Nem szabad!”, „Add a kezed!” Gyere ide!” „tapsi-tapsi”, pá-pá”)			
10. Idegenekkel másként viselkedik, mint az ismerősökkel? (Pl. tartózkodó, visszahúzódik, bizalmatlanul néz, sírva fakad?)			
11. Tükörképét élvezettel nézegeti? (Pl. a tükröt tapogatja, grimaszol, mosolyog, hangot ad?)			

Gondozási szükséglet megállapítása Rizikó-felmérés	rizikótényezők:	protektív tényezők:
Gondozási szükséglet megállapítása Szükséglet-feltáró vizsgálatok	testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint), fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján	<p><i>Szűrővizsgálat kivitelezése:</i> Testhosszmérés eszköze: csecsemő/fekvő hosszsmérő. Kivitelezése: A csecsemőt/gyermeket meztelenre kell vetkőztetni. Hajcsatokat, hajgumikat el kell távolítani, a haját le kell simítani. A hosszsmérő felületét a felhasználók között fertőtleníteni kell, a csecsemő/gyermek alá pamut- vagy puha papírpelenkát kell tenni. A méréshez két személy szükséges. Ha az egyik a szülő, tájékoztatni kell őt a feladatról. Születéstől 24 hónapos korig és abban az esetben, ha a gyermek nem tud segítség nélkül állni, a testhosszt hanyatt fekvő helyzetben mérjük. A csecsemő/gyermek együttműködését, megnyugtatótatását a szülő segítheti. Ne hagyjuk a csecsemőt/gyermeket felügyelet nélkül a hosszsmérőn. A fejet frankfurti vízszintesbe (az orbita legmélyebben fekvő pontja/ csontos szemüreg alsó szeglete és a tragus porc felső része) függőlegesen egy szintben legyen) kell állítani (hosszmérés esetén ez függőleges sík) úgy, hogy a fejtető a mérőlap rögzített függőleges síkjával érintkezzen. A segítő mérő rögzíti ezt a fejtartást és a vállakat. A mozgatható mérőlapot a függőleges talpsíkhoz kell tolni, miközben mindkét térdet óvatosan lenyomva a lábakat teljesen ki kell nyújtani. A méretet tized cm-s pontossággal (mm) kell leolvasni. Fejkerület/mellkaskerület eszköze: antropometriai mérőszalag. Kivitelezése: A fejkörfogat méréséhez a mérőszalagot úgy vezetjük körbe a gyermek fején, hogy elől a glabella ponton (a csontos szemöldökív fölött), hátul pedig az opistocranium ponton (a mediansagittalis síkban a fej legjobban hátraugró pontján) haladjon keresztül. Ha a gyermek fejformája szokatlan, a fej legnagyobb kerületét kell mérni, ha az lehetséges. Kivitelezése: A mellkaskörfogat mérése során a mérőszalagot az álló vagy fekvő gyermek mellkasán úgy vezetjük körbe, hogy hátul a lapockák csúcsa alatt, elől, a mellbimbók felett haladjon és a kezünkben levő szalagvégek a mellkas közepe táján haladjanak el egymás mellett. A mérés során a gyermek karjai lazán a törzs mellett helyezkedjenek el. A mérőszalag körbevezetésénél ügyeljen arra, hogy a szalag határozott, de nem túl feszes körbevezetése során a mellkas légzésükorát – táglulását szűkülését – a szalaggal kövesztük. A méret leolvasását, nyugodt belégzést követő kilégzés végén olvassuk le, mm pontossággal. Testtömegmérés eszköze: csecsemőmérleg. Kivitelezése: Kétéves kor alatt a csecsemőt/gyermeket teljesen meztelenül kell mérni. Mérések eredménye és értékelése: testtömeg: 9000 g (50 Pó), testhossz: 72 cm (50 Pó) fejkörület: 43 cm (10 pc) mellkerület: 43 cm (10-25 pc).</p> <p>A csecsemő szomatikus fejlődése életkorának megfelelő. Felhasznált irodalom: Egészségügyi szakmai irányelv a gyermekek testi fejlődésének, növekedésének és tápláltsági állapotának értékeléséről születéstől 7 éves korig EMIMI Eü.-i Államtitkárság Eü.-i Szakmai Kollégium 2013</p>

	<p>a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása</p>	<p><i>Megfigyelés és a szülő kérdéseinkre adott válasz alapján tájékozódunk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Milyen módon változtat helyet? • Tud-e felülni, és ülni játszani. • Milyen játékokkal tevékenykedik otthon a legszívesebben? • Keresi-e az összefüggéseket, az ok-okozati kapcsolatokat a világban (mi hogyan működik: hogy ad hangot, miként szedhető szét, hogyan kapcsolható be stb.)? • Erzelmi és fiziológiai állapotait korának megfelelően képes-e szabályozni? • Korának megfelelően érdeklődő, motivált-e a világ megismerésére, vagy inkább passzív, nehezen felkelthető a figyelmé, érdeklődése? • A szülő rá tud-e hangolódni a gyermek érzéseire, vágyaira? Pontosan értelmezi-e a gyermek jelzéseit? A szülő-gyerek viszony harmonikusnak tűnik-e? • Szűrővizsgálat eredménye: • Helyváltoztatás ritkán és bizonytalanul valósul meg, kúszása aszimmetrikus, négykézláb állásban mindig a sarkára ül, mászásnál egyszerre maga alá rántja a térdéit. • Ültetett helyzetben rögtön eldől, nem képes a csecsemő ülőhelyzetben önmagát megtartani. • Építőköciért, kabaláért biztosan nyúl, megfogja, szíves eldobja, majd visszavárja. • Keresi az összefüggéseket, az ok-okozati kapcsolatokat a világban. A tárgyak működését kutatja. Hangadása egyre változatosabb, bővül a repertoár a mássalhangzók terén, és azt hallhatjuk, hogy egy-egy hangkapcsolatot többször ismételtet egymás után. A ciklizálás során a beszéd ritmusát gyakorolja, halandszázni kezd. • Erzelmi és fiziológiai állapotait korának megfelelően képes szabályozni. Megosztja élményeit más személlyel is a tárgy oda-nyújtásával, hangadással. Hangadási is egyre jobban felerősödnek, szívesen hangicsál, gagyog a tárgyakkal való tevékenysége közben is. • Érdeklődik a körülötte lévő világ megismerésére, figyelmé könnyen felkelthető, szívesen játszik. Idegenekkel szemben bizalmatlan, tartózkodó Nagyon különbözően viselkedik az ismerős és az idegen személyekkel. • A szülő figyel a gyermek jelzéseire, pontosan értelmezi azokat, a szülő-gyerek viszony harmonikusnak tűnik.
	<p>érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően</p>	<p>Szűrővizsgálat kivitelezése:</p> <p>Megfigyelés – szülő, kikérdezése</p> <p>Szemvizsgálatok vizsgálata tárgykövetéssel.</p> <p>Nem túl elmélyült játékokban szólítsa nevén, esetleg kérje meg az édesanyját, szólítsa ő (becenév stb.).</p> <p>Megfigyelés – szülő, kikérdezése</p> <p>Felfigyel-e a halk hangokra – pl. papír zsebkendő zizegése. Sok szót megért-e már, és ezekre megfelelően reagál-e (odanéz, megfordul, megfog egy tárgyat, cselekvést abbahagy stb.).</p> <p>Hallásszűrés: figyelemtereléses vizsgálat, vizuális megerősítésen alapuló audiometria.</p> <p>Érzékszervi szűrés eredménye: megfelelő, ép</p>

Helyzetértékelés/Probléma megfogalmazása

Gondozási folyamat	Megfigyelés észlelés	<p>Nagyon különbözően viselkedik az ismerős és az idegen személyekkel. A tárgyak működését kutatja. Hangadása egyre változatosabb, bővül a repertoár a mássalhangzók terén, és azt hallhatjuk, hogy egy-egy hangkapcsolatot többször ismételtet egymás után. A ciklizálás során a beszéd ritmusát gyakorolja, halandzsázni kezd.</p> <p>Alaposan szemügyre veszi a tárgyat és hosszasan, változatosan foglalkozik vele. Mindeközben meg is osztja élményeit más személlyel is: a tárgy odanyújtásával, hangadással. Hangadásai is egyre jobban felerősödnek, szívesen hangicsál, gagyog a tárgyakkal való tevékenysége közben is.</p> <p>Mozgásfejlődés megkésett, hasra fordulás bizonytalan, visszagurulni még nem tud, kúszása aszimmetrikus, mászás, ülés elmarad.</p> <p>A csecsemő testi fejlődése korának megfelelő, 2 metsző foga van. Védőoltásait időben megkapta, szűrővizsgálatok időben megtörténtek.</p> <p>D-vitaminprofilaxis folyamatos. Maltorfer cseppeket még szedi. A szülő együttműködő.</p>
	tájékoztató, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása	<p>A testi, lelki, szociális jellemzők megfigyelése</p> <p>Mindennapi gondozás: (testi szükséglet) öltöztetés, pelenkázás, levegőztetés, napoztatás, fürdetés, bőrápolás, fogás, tartás.</p> <p>Alapvető szükségletek: testi fejlődés, gyarapodás, szoptatás, táplálás, hozzátáplálás, napirend, alvás, személyi higiéné, mozgás, fogzás</p> <p>Pszichés szükségletek: érzelmi fejlődés, szeretet, anya-apa-gyermek kapcsolat.</p> <p>Értelmi szükséglet: látás, hallás, figyelem és beszédfejlődés, sírás, játék.</p> <p>Környezeti szükségletek: élettér, biztonság, környezeti higiéné.</p> <p>Egészségügyi szükséglet: D-vitaminprofilaxis.</p> <p>Kóros állapotok tünetei, lázcsillapítás.</p> <p>Vasban és C-vitaminban gazdag élelmiszerek a vashiányos vérszegénység megelőzésében nagyon lényegesek. A csecsemőkori teáztás a cersavtartalom miatt, a foszfortartalmú ételek (tojás), a gabonafélék gátolják a vas felszívódását. A vaskészítmények a széklet színének megváltozását, szorulást, okozhatnak. Fokozott folyadékbevitellel, nyers gyümölcsök, zöldségek napi többszöri adásával (C-vitamin), rostdús étrenddel próbálkozhatnak a székrekedés megelőzésére, javítására. A megfelelő életmód, táplálkozási, gondozási és gyógyszerelési tanácsok követése, betartása.</p> <p>Mozgásfejlődés elmaradás miatt háziorvosi vizsgálat javasolt (védőnői észlelés + szülői kérdőív > 3 pont).</p> <p>Szakirodalom és szakmai tartalmú internetes források ajánlása.</p>
	Táplálás	<p>napi 6× táplálás:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3× anyatej • 2× főzelék komplettálva • 1× gyümölcs vagy natúr joghurt

Kapcsolattartás, konzultáció Interprofesszionális együttműködés	Jelenlegi: Szűrővizsgálatok, kérdőívek eredményeiről házi gyermekorvossal konzultáció. Mozgásfejlődés megkésése miatt gyermekneurológiai vizsgálatot kért a gyermekorvos. Gyermekneurológus motoros retardációt írt le, aktív mozgásterápiát javasolt, majd 2-3 hónap múlva kontroll.	Lehetséges: Mozgásterápia érdekében Pedagógiai Szakszolgálati Intézmény – gyógypedagógiai tanácsadás és korai fejlesztés, gondozás – kapcsolatfelvétel
A család kapcsolati hálójának megjelenítése	Jelenlegi:.....	Lehetséges:.....
családi bonding – összetartó kötések	szülők, nagyszülők – támogató, segítő kapcsolat	
tágabb kapcsolati háló – (baráti kapcsolatok)	a családnak szűkebb baráti köre van, de támogató, segítő, kölcsönös kapcsolat jellemzi	
intézmények, civil szervezetek	Egészségügyi alapellátás, szakellátás – gyermekneurológia	Pedagógiai Szakszolgálati Intézmény – gyógypedagógiai tanácsadás és korai fejlesztés, gondozás

Szülői kompetencia megítélése

.....
.....

Önreflexió-értékelés: Féléves koráig egészségesen fejlődő csecsemő mozgásfejlődésében való elmaradását a szülő is észlelte, de védőnői megfigyelés során én is időben észleltem. A szülőt háziorvoshoz irányítottam. A szülő kérte konkrét válaszomat a csecsemője mozgásfejlődése elmaradásának okairól, de erre konkrét választ nem tudtam adni, illetve nem tartozik kompetenciakörömbe a problémák diagnosztizálása, csak a normális és kóros fejlődés eseteinek szétválasztása, ezért a szülőt az észlelt problémáról a mozgásfejlődés elősegítéséről és további háziorvosi konzultáció fontosságáról tájékoztattam. A szakellátás rendszerében való eligazodáshoz a háziorvosi véleménye után adtam tanácsot.

C. M. 3 éves kisdud esetelemzés folytatás

Instrukció:

- Sorolja fel milyen szükségletfeltáró vizsgálatokat végezne a 3 éves kisgyermek esetében!
- Az adott esetet ismerve a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartás-problémák feltárása érdekében feltett védőnői kérdésekre milyen válaszokat adhat az a szülő, aki reálisan látja gyermekét.
- Gyűjtse össze milyen intézményekkel, civil szervezetekkel állhatnak kapcsolatban most, s majd a jövőben a 3 éves kisgyermek szülei!

<p>Gondozási szükséglet megállapítása Anamnézis felvétele</p>	<p>dokumentációk alapján megjelenő információk</p>	<p>13 hónapos kor Gyógytornára folyamatosan hordják. Gyermekneurológus altatásos koponya MRI-vizsgálatot kért, melyen kamratágulatot, valamint kifejezett külső liquortér tágulatot vettek észre temporofrontalisán.</p> <p>15 hónapos kor EEG történt, melyen meglassult háttértevékenységet regisztráltak. Heti rendszerességgel folyamatosan gyógytornára hordják, szintén heti rendszerességgel a Gézengúz Alapítványba járnak korai komplex fejlesztésre. Otthonában naponta tornáznak az anyával, foglalkozásokat végeznek. Foglalkozások után hamar elfárad, elalszik. Majd hetente kétszer hordják Dévény-tornára, mozgása sokat fejlődik. Hasra visszafordul, májusban felállítva, vállát fogva állítható, lépegetésre lehet bírni.</p> <p>18 hónapos kor Ismét kórházba kerül, asztmatikus befulladásal. Genetikai és komplex anyagcsere-vizsgálat történik, amelyen kromoszóma-rendellenességet és veleszületett anyagcsere-betegséget igazolni nem lehetett.</p> <p>20 hónapos kor Lázgörcs miatt fekszik kórházban és középfülgyulladás miatt. Mozgásfejlődés javulása látható az állandó fejlesztés eredményeként, segítséggel feláll és jár. Hetente kétszer Dévény-tornára, hetente egyszer gyógytornára hordják. Állat fogva mászik.</p> <p>3 éves kor Lázgörccsel ismét kórházba kerül, ahol állandó gyógyszerként Convulexet kap 2x4 ml-t. Azóta lázgörcse nem volt, de többször volt lázas állapota, akár magas láz is. Hetente kétszer Dévény-tornára hordják, egyszer gyógytornára. Jelenleg mászik, feláll, kezét fogva lépeget.</p>
--	--	---

	Érzékszervek, érzékelés, észlelés vizsgálata (látás, hallás)	Látása ép, 30-40 cm távolságból rajzol, nem hunyorog, nem pislog. Hallása ép, megérti a tiltást, zenére hangadással reagál, táncol, halk, hozzá intézett beszédre 1 méter távolságból reagál, hangforrás felé fordul, lokalizálja, szemét vagy fejét a hang irányába fordítja. Beszéde érthető, hangadást próbálja.
	Adaptáció, gondolkodás	10 kockából tud tornyot építeni. Háromig megszámlál dolgokat. Formát és nagyságot is tud differenciálni Elmélyült játék közben úgy csinálnak, „mintha” az lenne.
	Kommunikációs-nyelvi képességek	Beszéde érthető már idegenek számára is Beszélgetésbe vonható. A felnőttekkel való együttlétkor, képes részt venni beszélgetésben. Kérdez, és várja a választ. Az érdeklődésének tükröként megjelenik egy rendkívül fontos kérdés: „Miért?”
	Szocializáció	Segít a környezetében lévőknek. Megosztja örömét bánatát, elmeséli a számára fontos eseményeket. Tudja, hogy ő fiú.
	Önkiszolgálás	Önállóan tisztán eszik, próbál önállóan öltözködni. Kialakulóban a szobatisztaság, utójelzés van, néha jelzi előre a vizeletét és székletét.
	Testi fejlődés és motoros képességek (nagymozgások, finommozgások/manipuláció)	Szimmetrikus végtagmozgással mászik. Kapaszkodva feláll feltérdelesen keresztül, és vissza is tud fokozatosan ereszkedni Álló helyzetből lehajol és felvesz játékot a földről. Bútorokba vagy falba kapaszkodva áll fel, és miközben játszik egyik, majd másik kezével elengedi a támasztékot és megáll. Önállóan megáll. Néhány lépést tesz. Járás széles alapon, aprókat lép, telitalpasan. Karjaival intenzíven egyensúlyoz. Finommozgás: Tud ollóval vágni. Rajzoláskor kezdetben pötytyöz, lendületesen firkál, majd fokozatosan uralja a mozdulatot: vonalat húz minden irányban, irányítottabban firkálgat, és egyszer csak körbe-körbe lendül a karja.

Szülői kérdőív	Igen, rendszeresen, gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Rövidebb lépcsőn (3-4 fok) önállóan megy fel-le (kézfogás és kapaszkodás nélkül)?			x
2. Szokott-e úgy csinálni játékból, mintha főzne, autót vezetne stb.? (Pl.: kis edényekben főz kavicsból, homokból, kavargat, öntöget, kezeivel játékból kormányoz stb.)	x		
3. Egyszerű dallamot, mondókát ismétel? (Pl.: "hóc-hóc katona", „süss fel nap, fényes nap”)	x		
4. Rajzolásnál, könyvnézésnél nem hajol arasznyinál közelebb a papírhoz?	x		
5. Tudja-e, hogy lány vagy fiú?	x		
6. Tud-e zárt kört, karikát rajzolni? (Nem kell szép szabályosnak lennie!)		x	
7. Beszéde érthető-e idegen számára?	x		
8. Párbeszédbe bevonható? (Azaz beszélgetést kezdeményez, kérdez és a hozzá intézett kérdésekre válaszol. Pl.: – „Te most mit csinálsz? Miért vágod le az ágakat?” – „Metszem a fákat”.)	x		
9. Segít társainak, családtagjainak? (Pl.: elpakolni, teríteni, rendet rakni).		x	
10. Szobatiszta nappal? (Időben jelzi, ha pisilni, kakilni kell.)		x	
11. Megosztja örömét, bánatát, vagy a számára fontos eseményeket? (Pl.: „nézd apu, de szép markoló”, „képzeld anyu, láttam egy nagy kutyát” stb.)	x		
12. Játéka során különböző tárgyakkal helyettesíti a jelen nem lévő tárgyakat? (Pl.: kocka = gombóc, ceruza = horgásbot stb.)	x		

<p>Gondozási szükséglet megállapítása Rizikófelmérés</p>	<p>rizikótényezők gyermek átlagtól eltérő mozgásfejlődése szakorvosi vizsgálatok – kórházi ellátás, betegségek</p>	<p>protektív tényezők Jó szociális körülmények. Megfelelő lakásviszony. Kétszülős család. A kisgyermek folyamatos gondozása, fejlesztése. Meleg elfogadó nevelés, biztos anya-gyermek kötődés.</p>
<p>Gondozási szükséglet megállapítása szükségletfeltáró vizsgálatok</p>	<p>testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint), fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján</p>	<p>Testhosszmérés: eszköze: testmagasság mérő (stadiométer). Kivitelezése: A mérés mezítláb, felsőruházat nélkül, 24 hónapos életkortól álló helyzetben történjen. Hajcsatokat, hajgumikat el kell távolítani, a haját le kell simítani. A készüléket tisztán kell tartani. A lábtartón a mérések között papírt kell cserélni. A gyermeket úgy kell a lábtartóra állítani, hogy a nyakszirt, a lapockák, a fenék, és a sarok érintkezzen a mérőeszköz függőleges felületével. A lábak elől nyitott, hátul sem teljesen zárt állásban, a térdek nyújtva legyenek. Kérjük meg a gyermeket, hogy mindkét lábát egyenlően terhelje! Ne kérjük arra a gyermeket, hogy húzza ki magát! A karok szabadon a törzs mellett helyezkedjenek el. Meg kell győződni arról, hogy a helyzeti lordosis minimális, a térdek nyújtva vannak. Ügyelni kell arra, hogy a gyermek ne álljon lábujjhegyre. Szükség lehet arra, hogy a mérést segítő személy/szülő a kezét a hasra, térdre helyezze. A fejet óvatosan frankfurti vízszintes síkba kell beállítani. A mérést normál légzési ritmus mellett végezzük. A fejtáblát óvatosan, a haját lelapítva kell a fejre helyezni. A méretet tized cm-s pontossággal, szemmagasságban kell leolvasni. Testtömegmérés eszköze: személymérleg. Kivitelezése: Két éves kor felett a mérés történhet fehérneműben, de kötelezően el kell távolítani a cipőt, pelenkát.</p> <p><i>Mérések eredménye és értékelése: testtömeg: 14 kg (25-50 Pc), testhossz: 95 cm (50 Pc)</i> Eredmény értékelése:</p>

	<p>a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása</p>	<p>Megfigyelés és a szülő kérdéseinkre adott válasz alapján tájékozódunk: Korának megfelelően érdeklődő, motivált-e a világ megismerésére, vagy inkább passzív, nehezen felkelthető a figyelme, érdeklődése? Aktivitási szintje korának megfelelő-e? Esetleg túlzottan mozgékony, vagy túlzottan passzív? Inkább a tárgyak, vagy inkább a személyek világa érdekli-e a gyermeket? Tud-e egy tevékenységgel korának megfelelő ideig elmélyülten foglalkozni, vagy a figyelme csapong, esetleg túlzottan letapad egy-egy tevékenység, téma mentén? Veszélyérzete korának megfelelően kialakult-e? Irányíthatósága, szabálykövetése korának megfelelő-e? A szülő rá tud-e hangolódni a gyermek érzéseire, vágyaira? Pontosan értelmezi-e a gyermek jelzéseit? A szülő-gyerek viszony harmonikusnak tűnik-e? A szülő a gyermeknevelés során kellően rugalmas, a gyermek érzelmi állapotára tekintettel lévő irányítási, nevelési módszereket alkalmaz-e? Szeret-e a szabadban, játszótéren lenni? Mit csinál, hogyan mozog? Miket szokott kérdezni? Néhány konkrét példát is felidézhet a szülő! Nemét megtudja-e határozni?</p> <p>Szűrővizsgálat eredménye: </p>
--	---	--

	<p>érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően</p>	<p>Megfigyelés – szülő, óvónő kikérdezése: pislogás, hunyorogás, fejtartás, mozgásügyesség 30-40 cm távolságból rajzol, nem hunyorog, nem pislog gyakran stb.</p> <p>A látásfunkciók vizsgálata: Takarásos teszt – a látóélesség vizsgálatakor alkalmazott váltott takarás közben a védőnő megfigyeli, hogy a takarás alól felszabaduló szem megtartja-e eredeti tekintési irányát, vagy ú. n. beigazító mozgást végez – (rejtett kancsalságra utaló jelek).</p> <p>Látóélesség vizsgálata – 3M ábrák – 5 méterről (először két szemmel, majd egy szemmel, váltott takarással) és közletről (40 cm) – a még beszélni alig tudó gyermekkel is érdemes megpróbálni a korrekt visus vizsgálatot. A gyermek az elé tett képeket azonosítsa a távolról felmutatott, egyre kisebb képekkel.</p> <p>Sztereólátás (mélységérzés) vizsgálata Lang II. teszt – a térbeli látás megléte vagy hiánya állapítható meg.</p> <p>Vörös visszfény vizsgálat.</p> <p>A hallás és a beszéd fejlődését mindig együtt kell megfigyelni. A beszéd megkésetttségének számtalan más oka is lehet!</p> <p>Megfigyelés – hallás és beszéd – szülő, óvónő kikérdezése – megérti a tiltást, zenére hangadással reagál, táncol, halk, hozzá intézett beszédre 1 méter távolságból reagál, hangforrás felé fordul, lokalizálja, szemét vagy fejét a hang irányába fordítja. Beszéde érthető-e, hangadást próbálja-e. Az ép hallású, megfelelő beszédfejlettségű 3 éves, gyermekre jellemző, az ezektől való eltérés figyelemfelhívó jel: Többszavas mondatokat használ, szókinccse 900-1000 szó. A teljes nevét megmondja.</p> <p>A neki mutatott képeken már a cselekvéseket is megnevezi. Sokat kérdez: a „mi? hol?” kérdések után kezdődik a „miért?” korszak. Mohón hallgatja a meséket, ugyanazt többször is. Verseket mond, több számot használ.</p> <p>Az általános pöszesség még fiziológias. Gyakori a hangok, szótagok felcserélése, a szavak torzítása.</p> <p>Általában jól ejti a p, b, m, t, d, n, f, v, e, h, j hangokat.</p> <p>Hallásszűrés: Barr-féle játék-audiometriás módszer.</p> <p>A játék-audiometria lényege hogy a gyermek hangingerre valamilyen ismételt játéktevékenységet végezzen. Ez lehet kockának, karikának egymásra rakása, vagy nagyobb golyónak egy lyukon keresztül dobozba ejtése. A vizsgálat elvégzéséhez célszerű a gyermeket gyakoroltatni, hogy a hanginger és a játék közötti kapcsolat kondicionálódjék.</p> <p>Tesztfrekvencia: 500-1000-2000-4000-6000-8000 Hz 1000 Hz és 40 dB a kezdőfrekvencia – 10-el lefelé, 5-el felfelé elv</p> <p>Hallásküszöb – 25dB 500 Hz</p> <p>Érzékszervi szűrés eredménye: megfelelő, ép.</p>
--	--	--

	<p>mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis)</p>	<p>Szűrővizsgálat kivitelezése: Láb statikai problémái – pes planus (pes plenovalgus). Vizsgálat 2–5 éves korig: Ebben az esetben a sarkak valgus állása, és a hosszboltozat lesüllyedése mellett a belső talpél (talusfej és az os naviculare) mediálisan és a talp felé elődomborodik, vagyis a belső talpél konvex a test középvonala felé. Vizsgálatnál a lábboltozatból nehéz megállapítani a diagnózist, hisz a zsírpárnák eloszlása még olyan, hogy a gyermekek nagy része lúdtalpasnak látszik. Objektív szűrés lehet: A sarkak állásának megítélése hátulnézetből, kis terpeszállásban, nadrág, zokni, harisnyanadrág nélkül. Figyeljük meg az ún. valgus állást – sarok kifelé, boka befelé dől, a belbokák mélyen ülnek. A fiziológiás 5 fokot meghaladó dőlés = lúdtalp. Társulhat hozzá genu valgum. Gerinc rendellenességei (tartáshibák, scoliosis) – vizsgálat: testtartás, izomtónus, mozgásügyesség, ízületi lazaság, túlsúly, gerincgörbület. A mozgásszervi szűrés eredménye: alakilag ép.</p>
	<p>vérnyomásmérés</p>	<p>A szűrővizsgálat kivitelezése, a vérnyomásmérés szabályai: A vérnyomás mérést lehetőség szerint standard körülmények között végezzük, megszokott környezetben mérjük. Hagyjunk pihenőt a gyermeknek, ha előzőleg fizikai vagy pszichés megterhelésnek volt kitéve, illetve étkezés után. Ülőhelyzetben mérjük, a felkar kb. szívmagasságban és alátámasztva legyen. A mandzsetta a felkar kétharmad részét takarja el – használjunk gyermekmandzsettát. Magasabb RR érték esetén ismételjük meg a mérést ugyanazon, illetve a másik felkaron is – visszarendeljük legalább 3-szor. Mért vérnyomás: 100/60 Hgmm</p>

Helyzetértékelés / Probléma megfogalmazása

A kisgyermek pszichés, mentális, szociális fejlődése életkorának megfelelő. A mintha játék a jellemző játéktevékenysége, fő kérdése miért, szívesen beszélget, kérdez, válaszokat várja. Motoros fejlődése eltérő, elmarad az életkorának elvárttól, a gyermek csak mászva tud menni vagy úgy, ha mindkét kezét fogják, koordinálatlan, bizonytalan még a járása is, aszimmetria észlelhető a mozgásában. Gyermekneurológus motoros retardációt állapított meg. Lázgörcse miatt állandó gyógyszerként Convulexet szed.

A szülő együttműködő, figyel gyermeke jelzéseire, igyekszik gyermeke szükségleteit kielégíteni, reálisan látja gyermeke fejlődését. Fejlesztő foglalkozásokra, szűrővizsgálatokra rendszeresen viszi gyermekét, otthon naponta tornáznak. Szülői Kérdőív során végzett megfigyelései a védőnő észleléseivel, vizsgálatával azonosak.

<p>Gondozási folyamat</p>	<p>Megfigyelés észlelés</p>	<p>Különböző logikai összefüggések szerint képez kategóriákat. Összehordja az azonos tárgyakat, vagy azokat, melyek például funkciójuk szerint hasonlóak. Játékában egyre inkább megjelennek olyan elemek, amikor úgy tesznek, mint anya a konyhában, vagy apa a vezetés közben, nagyi, mikor varrja a család javítani való ruháit stb. Adott esetben a valós eszközöket behelyettesíti más tárgyakkal, úgy csinál, „mintha” az lenne.</p> <p>Képes részt venni beszélgetésben. Rendkívül fontos kérdés: „Miért?” Rajzoláskor lendületesen firkál, vonalat húz, kört próbál rajzolni.</p> <p>Elmélyülten játszik.</p> <p>Önállóan tisztán eszik, próbál önállóan öltözködni. Kialakulóban a szobatisztaság, utójelzés van, néha jelzi előre a vizeletét és székletét.</p> <p>Saját nemével tisztában van.</p> <p>Felnőtteknek szívesen segít. Hozzá közel álló személyek érzéseit átérzi.</p> <p>Mászik. Kapaszkodva feláll. Álló helyzetből lehajol és felvesz játékot a földről. Önállóan megáll. Néhány lépést megtesz. Mozgásfejlődése korától eltérő.</p> <p>Az anya-apa-gyermek kapcsolat harmonikus. A szülők együttműködőek, figyelnek gyermekük fejlődésére, igénylik a segítséget, szakmai információkat. Fejlesztő foglalkozásokra, szűrővizsgálatokra rendszeresen viszik gyermeküket, terápiában partnerek, gyógyszerelést pontosan követik, tornáztatást otthon alkalmazzák.</p> <p>A szülők számára nagy kérdés az óvodai nevelés igénybevétele.</p>
----------------------------------	-----------------------------	---

	Tájékoztató, információ, ismeretek átadása, tanácsok adása	<p>A testi, lelki, szociális jellemzők megfigyelése Mindennapi gondozás.</p> <p>Alapvető szükségletek: testi fejlődés, gyarapodás, napirend, alvás, személyi higiéné, mozgás, minőségileg és mennyiségileg is megfelelő kisded étrend, helyes táplálkozási szokások, esztétikus környezet, terített asztal, élelmiszerbiztonság (beszerzés, elkészítés, tárolás).</p> <p>Pszichés szükségletek: érzelmi fejlődés, szeretet, anya-apa-gyermek kapcsolat</p> <p>Értelmi szükséglet: látás, hallás, figyelem és beszédfejlődés, sírás, játék, mesék szerepe, mesélés módja, a tv előnyös és káros hatásai.</p> <p>Önállóságra nevelés, helyes szokásrendszer kialakítása fogápolás, caries prevenció, szobatisztaság, ágytisztaság elősegítése.</p> <p>Szocializáció segítése óvodai életre való felkészítés.</p> <p>Környezeti szükségletek: élettér, mozgástér biztosítása, mozgás a szabadban biztonság, baleseti veszélyforrások és azok kivédése.</p> <p>Egészségügyi szükséglet: D-vitamin-profilaxis.</p> <p>Kötelező szűrővizsgálatok, ajánlott védőoltások.</p> <p>Kóros állapotok, betegségek tünetei, ápolási teendők.</p> <p>A gyógyszerbeadási módszerek, gyógyszer-mellékhatások (allergia, szédülés, aluszékonyság, vérképzőszervi zavarok, májkárosodás) figyelemmel kísérése nagyon fontos.</p> <p>Igénybe vehető családtámogatási formák közösségi klubok, tapasztalatcsere, alapítványok.</p> <p>Gyógyszerszedés rendszeressége, rohamprovokátor-prevenció: alvásellenőrzés, folyadékbeviteli figyelem: exsiccatio kerülése, játéktevékenység, monotonitás kerülése, lázmérés, lázcsillapítás módja (a lázmérő és a lázcsillapítók ellenőrzése)</p> <p>Szakirodalom és szakmai tartalmú internetes források ajánlása, ismeretterjesztő szóróanyagok</p>
	Táplálás	<p>napi 5x étkezés figyelve a megfelelő folyadékbevitelre legalább 1x főzelék feltéttel vagy rakott étel</p> <p>naponta félliternyi tej vagy tejtermék</p> <p>naponta friss gyümölcs és zöldségféle</p>

Kapcsolattartás, konzultáció Interprofesszionális együttműködés	Jelenlegi:.....	Lehetséges:.....
A család kapcsolati hálójának megjelenítése	Jelenlegi:.....	Lehetséges:.....
családi bonding –összetartó kötések	Jelenlegi: szülők, nagyszülők – támogató, segítő kapcsolat	Lehetséges:.....
tágabb kapcsolati háló – (baráti kapcsolatok) –	Jelenlegi: a családnak szűkebb baráti köre van, de támogató, segítő, kölcsönös kapcsolat jellemzi korai fejlesztés során új baráti kapcsolatok alakultak ki hasonló élethelyzetben lévő szülőkkel	Lehetséges:.....
intézmények, civil szervezetek	Jelenlegi:.....	Lehetséges: Óvoda Önkormányzat (szociális juttatások)

Szülői kompetencia megítélése: A szülő érzelmi viszonyulása gyermeke felé meleg, elfogadó, a kisgyermek fejlődéséről való tudása megfelelő szintű, érdeklődő, reálisan látja a gyermeke eltérő mozgásfejlődését. A szülő igényli a segítséget, együttműködő, nyitott. Elősegíti gyermeke szokásainak, egészséges életmód szokásainak kialakulását, a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődését. Fejlesztő foglalkozásokra, szűrővizsgálatokra rendszeresen viszi gyermekét, otthon naponta tornáznak. Gyógyszereléssel kapcsolatos útmutatást betartja. Szülői Kérdőív során végzett megfigyelései a védőnő észleléseivel, vizsgálatával azonosak.

Önreflexió-értékelés: A szülő elég jó szülő, kompetens gyermeknevelésében, reálisan látja a normális fejlődés és az eltérő fejlődés menetét, korrekten ítéli meg gyermeke aktuális fejlődési státusát. Védőnőként azt érzem a szülő, szülők az ellátórendszerekkel együttműködnek, igénybe veszik, alkalmazzák a fejlesztés lehetséges módjait, de ennek ellenére kezdetben nehézséget jelentett az állapot elfogadtatása a családdal. A gyermek három éves korában merült fel az a jelentős kérdés a család számára, az anya vissza szeretne menni dolgozni, vagy mégis maradjon otthon gyermekével egy évet, vagy esetleg gyermekét milyen ellátórendszer keretében helyezze el. A szülő a védőnővel való jó szakmai kapcsolat alapján, kissé háritotta volna saját döntését a védőnőre, hogy ő mondja meg mi legyen – ebben az esetben ez a kérdés jelentette számomra, mint védőnőnek a nehézséget – a szülővel megértetni, hogy segítve a probléma széles körű körbejárása után ezt a döntést már neki kell meghozni.

FELADAT

Fogalmazza meg reflexióit az adott eset ismertetése, részlépéseinek megoldási folyamatával kapcsolatban!

Reflexió megfogalmazása egyéni munka a következő nyitott mondatok kiegészítésével.

- Nekem, mint leendő védőnőnek, a következő személyiségjegyeim erősödtek ...
- Én, mint leendő védőnő, mivel tudtam azonosulni – mit éreztem magaménak az elvégzett védőnői feladatokból vagy mi az ami korrekciót igényelne ...
- Én, mint leendő védőnő, az eset megoldása kapcsán azt éreztem, képes vagyok ...

13.3. ALTÉMA: HALLÁSSÉRÜLT GYERMEK GONDOZÁSA**Feldolgozandó témák**

- hallássérült gyermek esetismertetése
- gondozási szükségletek meghatározása
- gondozási folyamat értékelése

FELADAT

A hallgatók 3 csoportot alkotnak és az eset ismertetése után összegyűjtik a problémákat, a rosszul működő, a jól működő területeket (rizikó- és protektív tényezők, szükségletfeltáró vizsgálatok, gondozási folyamat, interprofesszionális együttműködés, kapcsolati háló, segítségforrások, szülői kompetencia), a védőnő feladatait.

ESETISMERTETÉS: Hallássérült 6,5 éves kislány

Anamnézis

30 éves anya 1. problémamentes várandósságából, a 40. héten hüvelyi úton született, 9/10 Apgar értékkel. Születési súly: 3200 gramm, hossz: 52 cm. Az anya várandósgondozásra a 8. héten jelentkezett, a védőnői ellátást nem ismerte, de nyitott és érdeklődő volt, a védőnő tanácsait betartotta. Az értelmiségi szülők a gyermek fogadására együtt készültek, szülésre felkészítő tanfolyamra közösen jártak, az apa jelen volt a szülésnél. Vidéki városban, 3 szobás összkomfortos lakásban élnek, a nagyszülők is a közelben laknak.

Az újszülött hazaadásakor sokat kérdeztek a szülők, eleinte nagyon bizonytalanok voltak a gyermek ellátásában.

A szoptatás nehezen indult, az újszülött icterusa miatt nagyon aluszékony volt, de a kezdeti problémák után 6 hónapos koráig kizárólag anyatejjel táplálták. A hozzátáplálás a módszertani ajánlá-

soknak megfelelően történt. Védőoltásokat mindig időben megkapta, a választható oltásokat is kérték a szülők. Szűrővizsgálatokon részt vettek.

A védőnői dokumentáció alapján a gyermek fejlődése a hallás és beszédfejlődés kivételével korának megfelelően alakult.

Hallás és beszédfejlődés

A védőnő megfigyelései alapján a gyermek 3 hetes korában hangra figyelt.

1 hónapos korban figyelt a beszélőre, valamint hangadása változatosabbá kezdett válni.

3 hónapos korban megjelent a csecsemőnél a gögicselés, örömben gyakran sikongatott is.

6 hónaposan gagyogása ritmusossá, jelzőhangjai színesebbé váltak.

1 éves kor körül szótagokat, néhány szót mondott.

18 hónapos korában nevére, hangokra nem figyelt, néhány szótagot használt, ekkor merült fel a hallássérülés gyanúja.

Csecsemőkorában megfelelően fejlődött a hangadás, beszédfejlődése a kisdedkor elején állt le.

A szülők is egyre sűrűbben észlelték, hogy a gyermek nem figyelt a hangokra.

Elmondásuk szerint a gyermek beszédfejlődése észrevehetően leállt másfél éves korban és azok a szavak is eltűntek a beszédéből, amelyeket addig használt.

A szülők elmondása szerint azonban ekkor is megmaradt a gyermeknél a tiszta, artikulált nevetés.

Hallássérülés gyanúja miatt a szülők fül-orr-gégészetre vitték a gyermeket, ahonnan lakhelyüktől kb. 150 km-re egy fővárosi gyermekkórházba irányították őket, ahol BERA-vizsgálatot végeztek, amellyel hallásvesztéséget állapítottak meg.

Az audiológiai vizsgálat során a halláscsökkenés mértékét nem tudták pontosan megállapítani, de hallókészülék viselését javasolták, mivel a hallásvesztés gátolta a beszédfejlődést. A gyermek a kényszüléket 27 hónapos korában kapta meg.

A gyermek beszédfejlődésének segítése érdekében a szülők felkerestek egy hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógust (szurdopedagógust), aki hetente kétszer foglalkozott a gyermekkel.

A gyermek a hallókészüléket viselte, 3 évesen néhány új szótagot, szót mondott, zajokra, zörejekre, beszédre jobban reagált. Kívánságait mutogatással fejezte ki.

Az édesanya elmondása alapján a fejlesztések és a hallókészülék ellenére sem indult meg a gyermek beszédfejlődése.

3 és fél évesen kezdett óvodába járni és a szurdopedagógus továbbra is foglalkozott vele, de már naponta. A hallókészüléket az óvodában is viselte.

Az óvoda megkezdésekor beszédfejlődése még nem indult meg, társai közé azonban sikeresen beilleszkedett.

Az édesanya elmondása szerint a hallókészülék nem okozott problémát, a gyermekek elfogadták.

A szülők Budapestre jártak a gyermekkel kontrollvizsgálatokra, ahol új hallókészüléket kapott, azonban megfelelő eredményt ez sem hozott.

A cochlearis implantátum beültetésének lehetőségére az édesanya az interneten talált rá.

Több helyen is tájékoztak a szülők és felvették a kapcsolatot egy olyan családdal, ahol a gyermek már átesett ilyen műtéten, és úgy döntöttek, hogy szeretnék megműtteni gyermeküket.

A vizsgálatok során megállapították, hogy mindkét füle műthető.

Ezt követően azonban előrelépés nem történt, a szülők elmondása alapján inkább csak küldözgettek őket egyik helyről a másikra.

Megtudták, hogy egy másik városban is végeznek ilyen műtétet, így a szülők a gyermek 4 éves korában felvették a kapcsolatot a klinikával. A vizsgálat során hallást nem sikerült kimutatni, kétoldali teljes siketséget állapítottak meg. A BERA a siketség okára nem mutatott rá. Az orvosok cochlearis implantátum beültetését javasolták.

A gyermek 4 éves korában a jobb oldalon cochlearis implantátumot kapott. Eleinte sűrűn kellett vinni a gyermeket a készülék beállítása miatt kontrollvizsgálatokra.

A szülők elmondása szerint a cochlearis implantátum beültetését követően a gyermek csak rövid ideig tudta elviselni a külső dekódert, mert fárasztó volt a külvilágból beáramló sok új inger. A gyermek számára ekkor minden ismeretlen volt, így meg kellett tanulnia minden hangot tárgyhoz, élőlényhez kötni.

Beszédfejlődése megindult, de eleinte csak a magánhangzókat mondta ki.

5 évesen a szavakat ismételte, de nem ejtette tisztán őket. A nyelvi hibák kiküszöbölése és a szókincs bővítése érdekében szurdopedagógus, logopédus foglalkozott a gyermekkel hetente háromszor.

A védőnő megfigyelései szerint a gyermek 6 éves korában összekötötte a szavakat és megértette a hozzá intézett beszédet, azonban a nyelvi hibák miatt és a szókincs bővítése érdekében még egy év óvodába járást javasoltak számára. Logopédus hetente többször foglalkozott a gyermekkel.

A hallássérültség elfogadása

A szülők elfogadták gyermekük állapotát, amihez nagymértékben hozzájárult, hogy a gyermek hall a cochlearis implantatum segítségével. Nem sérültként kezelik a gyermeket, soha nem is hívják fel máságára a figyelmet, így a gyermek számára is teljesen természetessé vált. A szülők sokat beszélgettek és beszélgetnek erről gyermekükkel, készségesen válaszolnak kérdéseire, ha igényli.

A szülők a műtétet követően több alkalommal elvitték gyermeküket hallássérült gyermekek számára rendezett találkozóra, ezeken nemcsak a gyermek, de ők is ismerősökre, barátokra találtak.

A szülők elmondása alapján számukra érzelmileg a legnehezebb időszak a diagnózis kimondása volt. Ehhez nagymértékben hozzájárult, hogy mindenféle magyarázat nélkül és nagyon nyersen közölte velük az orvos a diagnózist.

A diagnózis kézhezvételét követően a szülők célja az volt, hogy a gyermek a megszokott környezetében maradjon és a gyermeküknek minél jobb legyen. A szülők nem keseredtek el, mindketten teljes mértékig a gyermek mellé álltak.

A szülőket természetesen foglalkoztatta a gyermek hallássérültsége, így nagyon sok kérdésük volt, azonban sajnos nem mindenhol volt arra lehetőség, hogy ezeket a kérdéseiket feltegyék, megfelelő felvilágosítást kapjanak. Ebben az időszakban sok dolognak saját maguk az interneten és könyvekben néztek utána.

A tágabb család hozzáállása pozitív volt, de a műtétől nagyon féltették a gyermeket. A nagymama volt az egyetlen, aki negatívabban élte meg a gyermek sérültségét, túlféltő a gyermekkel szemben. A tágabb családon belül mindenki elfogadta a gyermeket, valamint a hallássérültségét.

A szülők barátaiknak is beszéltek gyermekük sérültségéről. Az édesanya elmondása szerint a barátok szívesen meghallgatták a szülők kétélyeit, problémáit és bátorították, segítették őket.

13.4. ALTÉMA: A VÉDŐNŐI GONDOZÁS SZEMPONTJAI AUTISTA GYERMEK ESETÉN

Feldolgozandó témák

- autista gyermek esetének ismertetése – különböző életkorú fejlődési állomások megismerésével és elemzésével
- gondozási szükségletek meghatározása
- gondozási folyamat készítése, nyomon követése

L. Ákos autista gyermek esetét néhány kiemelt „állomás”-át a védőnői gondozás során készült feljegyzések alapján ismerjük meg (a védőnői családlátogatások feljegyzéseiből). A ve-

dönői feljegyzései – családlátogatások alkalmával elkönyvelt észlelés – közül több is ismertetésre kerül annak érdekében, hogy a „történetet” jobban megismerhessük, de feldolgozni abból csak 3 fontos életkort fogunk. Először egy olyan fejlődési stádiumot ismerhetünk meg, amikor a csecsemő fejlődése életkorának megfelelő, majd ezt követően egy olyan állomással találkozunk, ahol a fejlődésében „elakadás” lesz megfigyelhető, azaz figyelemfelhívó jel felismerése lesz szükséges, majd végül azt az állomást ismerjük meg, amikor megkapják a szülők az autizmus diagnózisát. Meg kell említenünk, hogy a bemutatott eset valós eset, azonban az esetben szereplő személyek neveit és életkörülményeit kicsit megváltoztattuk. Az eset megismerését ilyen formában azért tartjuk fontosnak, mert talán felhívja a figyelmet arra, amit maga a projekt is felvállalt, méghozzá arra, hogy az újonnan kifejlesztett szűrőtesztekkel (Szülői kérdőív, rizikósűrítés) és a szülő bevonásával a fejlődés nyomon követésébe, hamarabb felismerhető lett volna a bemutatásra kerülő esetben is „elváltozás”, elakadás. Az új szűrővizsgálati módszerek bevezetésével azonban várható, hogy egy fejlesztésre szoruló gyermek időben juthat hozzá a fejlesztési és diagnosztizálási lehetőségekhez.

A feldolgozás során az eset különböző „állomásainál”, fejlődési pontjainál meghatározzuk közösen:

- a gondozási szükségletet (anamnézis alapján – rizikó- és védőfaktorok beazonosításával), majd
- az aktuális fejlődési pontokat (érzékszervek, gondolkodás, kommunikáció, szocializáció, testi fejlettség stb.),
- szükségletfeltáró vizsgálatokat (jogszabályok, szakmai irányelvek alapján),
- helyzetértékelést,
- gondozási folyamatot.

Nézzük ezeket a lépéseket a fent említett sorrendben:

Gondozási szükséglet megállapítása

Anamnézis felvétele – védőnői dokumentáció alapján (Várandós gondozási törzslap, Gyermek-egészségügyi törzslap)

Szülészeti anamnézis

A 29 éves könyvelő anyuka első tervezett terhessége. 31 éves férje közgazdász, 5 hónapja házasodtak össze. Egy kisvárosban élnek, saját tulajdonú kertes családi házukban, amit még a gyermekvállalás előtt felújítottak. A gyermeket váró nő 6 hetes várandósként jelentkezett először védőnőjénél, ahova ultrahangvizsgálat és orvosi vizsgálat eredményével érkezett tanácsadásra. A várandósgondozásra külön szülész-nőgyógyász szakorvost kért fel. A védőnői gondozás során végig együttműködő volt, minden vizsgálaton időben megjelent, az elérhető ajánlott vizsgálatok közül a legtöbbet igénybe vette, a védőnői tanácsokat szívesen fogadta. A vizsgálatok során minden eredménye negatív lett, laboreredményei is normál értékeket mutattak. Magzatvédő vitaminként Femibion 800-at még a teherbeesést megelőzően 5 hónappal kezdte el szedni szülész-nőgyógyász szakorvos javaslatára, majd a 13. terhességi héttől a szülésig Femibion 400 szedésére tért át az előírt dózisban.

Gondozásba vételkor testsúlya: 59 kg, testmagassága: 167 cm, terhesség alatti súlygyarapodása 10,5 kg. Fogazat ép.

A gravida a terhesség 36. hetéig otthon dolgozott, ülő munkát végzett.

Nevezzük meg közösen az esetben szereplő védő- és rizikófaktorokat!

L. Ákos panaszmentes terhességből spontán született a betöltött 40. hétre per vias naturales 3210 g testsúllyal és 51 cm testhosszal, fejkörfogat születéskor 35 cm.

Nézzük meg azt, hogy mit tapasztalt a védőnő a 2 hónapos családlátogatás alkalmával!

2 hónapos csecsemő

Életkorának megfelelően fejlett, 2 hónapos csecsemő. Testsúlyát mater rendszeresen méri, látogatáskor mért súlya 4675 g. Bőre rózsás, nyálkahártya kp. vérbő, a bucca belső felszínén soor látható. Látogatáskor ébren van, nyugodt, a kiságyban fekvé színes-zenélős játékát figyel, alkalmanként meg is fogja azt. Néhány pillanatig tud arcot vagy egy tárgyat fixálni. Néhány másodpercig képes a színes-zenélős játékát követni. Hátán fekvé „észreveszi” kezét, hason fekvé 45 fokban kiemeli magát, mozgása, tartása szimmetrikus.

Mater igény szerint szoptatja, naponta 7x szopik, éjszaka egy alkalommal ébred fel. Vizeletes pelenkája naponta 6-8 db van, székletet általában naponta 1-2 alkalommal ürít, széklete aranyárga. Anyatejen kívül más nem kap, mater fejni is szokott, a lefejt anyatejet mindennap lefagyasztja. Az édesanya elmondja, hogy Ákos „hasfájós”. Rendszeresen, a leggyakrabban estefelé kezd el sírni a csecsemő. Sokszor vigasztalhatatlanul sír, közel 30 percen át. Mater emiatt nagyon ideges, nagyon bántja, hogy nem tudja megnyugtatni gyermekét. Úgy érzi, hogy mindent megtesz, de a sírás nem marad abba. Gondosan „büfizteti” szoptatás után, és este már pár napja görcsoldó kúpot is ad a gyermeknek, de a helyzet alig változik. Nappal keveset sír, délelőtt egyszer, délután kétszer alszik a csecsemő. Amikor ébren van, a szülők gyermekdalokat énekelnek és mesélni is szoktak a gyermeknek, amelyre torokhangon „reagál”. Az anya hangjára felfigyel, gögicsél. Amikor mater beszél csecsemőjéhez, az mosollyal válaszol, és mater úgy érzi, hogy a felnőttek közül rá kiemelten figyel. Gondolkoznak azon, hogy részt vegyenek-e egy babamasszázs tanfolyamon, hátha az segítene a hasfájáson és a sok síráson. Naponta legalább egyszer időjárás függvényében elmennek sétálni babakocsival. A K-és D-vitamint előírás szerint kapja. Holnap mennek tanácsadásra, ahol megkapják a kötelező védőoltást.

Ahhoz, hogy a gondozási folyamatot értékelni tudjuk, ismételjük át azt, hogy mi jellemző egy 2 hónapos csecsemő fejlődésére!

A fejlődés beazonosítása az eset – L. Ákos 2 hónapos csecsemő – kapcsán

Érzékszervek, érzékelés, észlelés vizsgálata (látás, hallás)

- a kiságyban fekvé színes-zenélős játékát figyel;
- néhány pillanatig tud arcot vagy egy tárgyat fixálni,
- néhány másodpercig képes a színes-zenélős játékát követni.

Adaptáció, gondolkodás

- hátán fekvé „észreveszi” kezét;
- a kiságyban fekvé színes-zenélős játékát figyel, alkalmanként meg is fogja azt.
- *Preverbális képességek, kommunikáció*
- a szülők gyermekdalokat énekelnek és mesélni is szoktak a gyermeknek, amelyre a csecsemő torokhangon „reagál”;
- az anya hangjára felfigyel, gögicsél.

Szocializáció

- amikor mater beszél csecsemőjéhez, az mosollyal válaszol;
- a felnőttek közül az anyára kiemelten figyel.

Testi fejlődés és motoros képességek (nagymozgások, finommozgások/manipuláció)

- mozgása és tartása szimmetrikus;
- hason fekve fejét 45 fokban megemeli és rövid ideig meg is tartja.

Figyeljük meg, kérdezzük ki a csecsemő viselkedésében az alábbiakat:

- Korának megfelelően érdeklődő, motivált-e a világ megismerésére, vagy inkább passzív, nehezen felkelthető a figyelve, érdeklődése?
- A szülő rá tud-e hangolódni a gyermek érzéseire, vágyaira? Pontosan értelmezi-e a gyermek jelzéseit? A szülő-gyerek viszony harmonikusnak tűnik-e?

Töltsük ki közösen az eset alapján a Szülői kérdőívet!

Szülői kérdőív – L. Ákos 2 hónapos csecsemő

	Igen, rendszeresen, gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Háton fekve, fejét mindkét irányba forgatja?			
2. Hason fekve, fejét megemelve mindkét irányba elfordítja?			
3. Közeli – 25-30 cm-re lévő – arcra, játékra felfigyel?			
4. Arca előtt lassan mozduló játék után néz?			
5. Beszédhangra akkor is felfigyel, ha a közelében lévő beszélő arcát nem látja? (Pl.: a sírást abbahagyja vagy nyugodt állapotban beszédhangra élénk végtagmozgásokba kezd.)			
6. Ökölben lévő kezeit nyitogatja, azaz ujjait mindkét kezén egyformán nyújtogatja?			
7. Háton fekve kezeit észreveszi?			
8. Elnyújtott hangzókkal gögicsél? (Pl.: óóó, ááá, gííí, hemmmm.)			
9. Ha beszél hozzá, szokott visszagögicsélni?			
10. Mosolyra mosollyal válaszol? (Azaz nyugodt állapotban visszamosolyog, ha mi rámosolygunk)			

	Igen, rendszeresen, gyakran, többnyire	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
11. Amikor a mama mellét vagy a cumisüveget látja, van-e jele annak, hogy tudja: most evés következik? (Pl.: nyugtalanul kapálózik végtagjaival, vagy éppen türelmetlenül, sürgetően gőgicsél.)			
12. Éjszaka többet alszik, mint nappal?			

Nevezzük meg közösen a 2 hónapos korban történt családlátogatás bejegyzései alapján az esetben szereplő védő-és rizikófaktorokat!

A fent említett adatok alapján, végezzünk helyzetértékelést, fogalmazzuk meg a problémát!

A következő lépés a gondozási folyamat felállítása.

Gondozási folyamat

Megfigyelés észlelés

Bőre rózsás, nyálkahártya kp. vérbő, a bucca belső felszínén soor látható. Látogatáskor ébren van, nyugodt, a kiságyban fekvő színes-zenélős játékát figyeli, alkalmanként meg is fogja azt. Néhány pillanatig tud arcot vagy egy tárgyat fixálni. Néhány másodpercig képes a színes-zenélős játékát követni. Hátán fekvő „észreveszi” kezét, hason fekvő 45 fokban kiemeli magát, mozgása, tartása szimmetrikus.

Mater igény szerint szoptatja, naponta 7x szopik, éjszaka egy alkalommal ébred fel. Vizeletes pelenkája naponta 6-8 db van, székletet általában naponta 1-2 alkalommal ürít, széklete aransárga. Anyatejen kívül mást nem kap, mater fejni is szokott, a lefejt anyatejet minden nap lefagyasztja. Az édesanya elmondja, hogy Ákos „hasfájós”. Rendszeresen, a leggyakrabban estefelé kezd el sírni a csecsemő. Sokszor vigasztalhatatlanul sír, közel 30 percen át. Mater emiatt nagyon ideges, nagyon bántja, hogy nem tudja megnyugtani gyermekét. Úgy érzi, hogy mindent megtesz, de a sírás nem marad abba. Gondosan „büfizteti” szoptatás után, és este már pár napja görcsoldó kúpot is ad a gyermeknek, de a helyzet alig változik. Nappal keveset sír, délelőtt egyszer, délután kétszer alszik a csecsemő. Amikor ébren van, a szülők gyermekdalokat énekelnek és mesélni is szoktak a gyermeknek, amelyre torokhangon „reagál”. Az anya hangjára felfigyel, gőgicsél. Amikor mater beszél csecsemőjéhez, az mosollyal válaszol, és mater úgy érzi, hogy a felnőttek közül rá kiemelten figyel. Gondolkoznak azon, hogy részt vegyenek-e egy babamasszázs tanfolyamon, hátha az segítene a hasfájáson és a sok síráson. Naponta legalább egyszer időjárás függvényében elmennek sétálni babakocsival. A K- és D-vitamint előírás szerint kapja. Holnap mennek tanácsadásra, ahol megkapják a kötelező védőoltást.

Tájékoztatás, információ, ismeretek átadása, tanácsok adása

- A testi, lelki, szociális jellemzők megfigyelése.
- Mindennapi gondozás:(testi szükséglet) öltöztetés, pelenkázás, levegőztetés, napoztatás, fürdetés, bőrápolás, fogás, tartás.
- Alapvető szükségletek: testi fejlődés, gyarapodás, szoptatás, táplálás, hozzátáplálás, napirend, alvás, személyi higiéné, mozgás.
- Pszichés szükségletek: érzelmi fejlődés, szeretet, anya-apa-gyermek kapcsolat.
- Értelmi szükséglet: látás, hallás, figyelem és beszédfejlődés, sírás, játék.
- Környezeti szükségletek: élettér, biztonság, környezeti higiéné.
- Egészségügyi szükséglet: K- és D-vitamin-profilaxis.
- Kóros állapotok tünetei, hasfájás, lázcsillapítás.
- A megfelelő életmód, táplálkozási, gondozási és gyógyszerelési tanácsok követése, betartása.
- Szakirodalom és szakmai tartalmú internetes források ajánlása (Babamasszázs).
- Kötelező védőoltásokról (2 hónapos életkorban kötelező védőoltásról).

Táplálás

- 6 hónapos életkorig kizárólagos anyatejes táplálás forszírozása (7-8x/nap)
- Folyadékpótlás szükségességének megítélése, esetei (láz, hányás, hasmenés, hőség)

Kapcsolattartás, konzultáció/Interprofesszionális együttműködés

- Házi gyermekorvossal, háziorvossal
- Védőnővel

Szülői kompetencia megítélése

- A szülő érzelmi viszonyulása gyermeke felé meleg, elfogadó, a csecsemő fejlődéséről való tudása megfelelő szintű, reálisan látja a gyermeke fejlődését. A szülő igényli a segítséget, együttműködő, érdeklődő, nyitott.

Önreflexió-értékelés

- A 2 hónapos csecsemő fejlődése optimális, a szülők ismeretei megfelelőek. A gondozás a továbbiakban javasolt az egészséges gyermek gondozására vonatkozó ajánlások alapján.

Egy következő állomás L. Ákos életéből – 12 hónapos

Mielőtt azonban elkezdjük az eset további feldolgozását, ismételjük át azt, hogy mi is jellemző egy 12 hónapos gyermek viselkedésére és mozgásfejlődésére!

Az esetben szereplő Ákosnál 12 hónapos életkorban a területi védőnő a gyermek fejlődésében a következőt tapasztalta:

Jó általános állapotú 12 hónapos csecsemő, testi paraméterei alapján életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 11 kg, testhossza 76 cm. 9 foga van, ínye duzzadt, a darabos ételt könnyen elfogyasztja, nem válogat, minden ízt szívesen fogad. Mater egy hete naponta ad a csecsemőnek színtejet, mivel a szopta-

tást a csecsemő már egy hónapja visszautasítja, a lefejt anyatejet a felengedést követően nem fogadja el. Csendben játszik, az anya elmondása szerint ritkán szokott hangot adni játék közben. Néha handzsázik, de szavak „beszédéből” nem vehetők ki. Ákos látogatáskor a szobájában a sarokban ülve játszik, egy tárgyat két kézzel fogva 10 percen keresztül rázogtat, a szülő elmondása szerint gyakran csak ugyanazzal a játékkal hajlandó játszani. Sűrűn játszik hason fekvé is. Nehezen fogad el szülői kezdeményezést. Hallása épek tűnik, a felszólításra sokszor sikkító hangadással reagál, fejét rázza, sokszor nem néz a szülőre, amikor felszólítja, utasítja, megkéri valamire.

Mozgására jellemző, hogy gurul, kúszik, a legtöbbször mászva közlekedik a lakásban. Bútorba kapaszkodva már 2 hónapja feláll, oldalazva lépeget. Kézmozgása koordinált, az ásványvizes palack kupakját az ujjak összeszorításával képes szülői segítség nélkül letekeríteni. Vékony lapú könyveket is ügyesen lapoz, azokat hason fekvé nézegeti.

A látogatás során kitöltött Szülői kérdőív eredménye a következő volt:

	Igen, rendszeresen (gyakran, többnyire)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Bútorok mellett kapaszkodva, önállóan feláll? („Még nem” a válasz, ha csak segítséggel felállítva képes megállni.)	X		
2. Álló helyzetből, a földön lévő játékot felveszi? (Közben bútorba, falba kapaszkodhat vagy támaszkodhat egyik kezével.)		X	
3. Bútor/fal mellett oldalazva lépeget?	X		
4. Gyorsan és célirányosan mászik?	X		
5. Dobozból (vagy tálból, fiókból) játékokat (vagy más tárgyakat) kipakol?	X		
6. Apró tárgyat hüvelyk- és mutatóujjával felcsippent? (Pl.: morzsát, szöszet.)	X		
7. Utánozza a látott mozdulatokat? (Pl.: tapsi-tapsi, pá-pá.)		X	
8. Kérésre, de anélkül, hogy ön segítené, ismerős tárgyakra rámutat? (Azaz ön nem mutat, és nem néz rá a tárgyra, és úgy kérdezi (Pl.: „Hol van a labda, lámpa, maci?” stb.)		X	
9. Ha valamit szeretne megkapni, amit nem ér el, akkor mutatóujjával rámutat a tárgyra?		X	
10. Iváskor a poharat döntve megtartja? (Még mellécsuroghat az ital.)	X		

	Igen, rendszeresen (gyakran, többszörre)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
11. Öltöztetésnél segít? (Pl.: amikor a kezét a ruha ujjába illesztik, igyekezik átdugni, fölemeli a lábát a cipő, zokni vagy a nadrágszár fölhúzásához?)	X		
12. Ha nevén szólítják, akkor odafordulva szemkontaktust vesz fel?		X	

Mater a kérdőívben szereplő kérdéseket megérti, együttműködő, érdeklődő.

A védőnő jelezte az orvos és a szülő felé a szülői kérdőívben felmerült gyanújeleket a fejlődésben való elmaradásról, és megbeszéltek, hogy 15 hónaposan ismét részletes vizsgálatra kerül sor.

A szülő kérte a védőnő tanácsát arról, hogy hogyan tudná ő maga is a gyermek fejlődését – kiemelten az értelmi képességeit és a mozgásfejlődését – támogatni, segíteni, illetve a fejlődést „megítélni”.

Határozzuk meg a 12 hónapos csecsemő esetismertetésében szereplő védő- és rizikótényezőket, majd határozzuk meg ugyanúgy a szükségletfeltáró vizsgálatokat, fogalmazzuk meg a problémát, majd állítsuk fel a gondozási folyamatot!

Helyzetértékelés / Probléma megfogalmazása

A 12 hónapos csecsemő beszédfejlődése elmarad az életkori sajátosságokhoz képest, szocializációja terén megemlítendő, hogy a szülő utasításaira adott reakciói eltérnek a kívánatostól, hallása éppnek tűnő. Játéktevékenységében monotonia figyelhető meg.

A szülő együttműködő, figyel gyermeke jelzéseire, igyekezik gyermeke szükségleteit kielégíteni, reálisan látja gyermeke fejlődését, Szülői Kérdőív során végzett megfigyelései a védőnő észleléseivel, vizsgálatával azonosak.

Gondozási folyamat

Megfigyelés észlelés

Jó általános állapotú 12 hónapos csecsemő, testi paraméterei alapján életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 11 kg, testhossza 76 cm. 9 foga van, ínye duzzadt, a darabos ételt könnyen elfogyasztja, nem válogat, minden ízt szívesen fogad. Mater egy hete naponta ad a csecsemőnek színtejet, mivel a szoptatást a csecsemő már egy hónapja visszautasítja, a lefejt anyatejet a felegedést követően nem fogadja el. Csendben játszik, az anya elmondása szerint ritkán szokott hangot adni játék közben. Néha hallandszázik, de szavak „beszédéből” nem vehetők ki. Ákos látogatáskor a szobájában a sarokban ülve játszik, egy tárgyat két kézzel fogva 10 percen keresztül rázogtat, a szülő elmondása szerint gyakran csak ugyanazzal a játékkal hajlandó játszani. Sűrűn játszik hason fekve is. Nehezen fogad el szülői kezdeményezést. Hallása éppnek tűnik, a felszólításra sokszor sikító hangadással reagál, fejét rázza, sokszor nem néz a szülőre, amikor felszólítja, utasítja, megkéri valamire.

Mozgására jellemző, hogy gurul, kúszik, a legtöbbször mászva közlekedik a lakásban. Bútorba kapaszkodva már 2 hónapja feláll, oldalazva lépeget. Kézmozgása koordinált, az ásványvizes palack kupakját az ujjak összeszorításával képes szülői segítség nélkül letekerni. Vékony lapú könyveket is ügyesen lapoz, azokat hason fekvé nézegeti.

Tájékoztató, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása

- A testi, lelki, szociális jellemzők megfigyelése.
- Mindennapi gondozás: (testi szükséglet) öltöztetés, pelenkázás, levegőztetés, napoztatás, fürdetés, bőrápolás, fogás, tartás.
- Alapvető szükségletek: testi fejlődés, gyarapodás, táplálás, hozzátáplálás, napirend, alvás, személyi higiéné, mozgás.
- Pszichés szükségletek: érzelmi fejlődés, szeretet, anya-apa-gyermek kapcsolat.
- Értelmi szükséglet: látás, hallás, figyelem és beszédfejlődés, sírás, játék.
- Környezeti szükségletek: élettér, biztonság, környezeti higiéné.
- Egészségügyi szükséglet: D-vitamin-profilaxis.
- Kóros állapotok tünetei, lázcsillapítás.
- Balesetmegelőzés.
- A megfelelő életmód, táplálkozási, gondozási és gyógyszerelési tanácsok követése, betartása.
- Szakirodalom és szakmai tartalmú internetes források ajánlása.

Táplálás

- Táplálás 1 éves életkoron túl – adható nyersanyagok, élelmiszerek.
- Tápanyag- és folyadékigény meghatározása.

Kapcsolattartás, konzultáció/Interprofesszionális együttműködés

- Házi gyermekorvossal.
- Audiológiai szakrendelésre irányítás.
- Védőnővel.

Szülői kompetencia megítélése

- A szülő érzelmi viszonyulása gyermeke felé meleg, elfogadó, a csecsemő fejlődéséről való tudása megfelelő szintű, reálisan látja a gyermeke eltérő szociális- és beszédfejlődését. A szülő igényli a segítséget, együttműködő, érdeklődő, nyitott.

Önreflexió-értékelés

- A 12 hónapos csecsemő fejlődése eltér a szocializáció és a beszédfejlődés terén. A szülő az eltéréssel kapcsolatban elfogadja a védőnő által tapasztaltakat. A védőnő az eltérés miatt házi orvoshoz irányítja a szülőt gyermekével együtt, aki audiológiai vizsgálatot javasol.

L. Ákost a szülők elvitték audiológiai szakrendelésre, ahol a vizsgálat elvégzését követően eltérést nem találtak, a szülők „nevelési stílusának változtatására” tettek javaslatot.

További állomások L. Ákos életéből – a védőnői családlátogatások feljegyzéseiből

24 hónapos kised

Ákos kétéves koráig mater gyermekével gyeden volt, s tervei szerint 3 éves koráig továbbra is szeretne vele otthon maradni. Mozgása életkorának megfelelően fejlett, testsúlya 14,3 kg, testmagassága 86 cm, 17 foga van. Környezetében szabadon mozog, lábujjhegyen áll, zárt lábbal próbál ugrani játék alkalmával. A szülő látogatáskor jelzi, hogy Ákos továbbra is „alig beszél”, mégis úgy gondolják, hogy hallani biztosan hall, mert a zenét nagyon szereti. Ha a szülő azt kéri gyermekétől, hogy „add ide a párnát”, „emeld fel a kezed”, a gyermek nem követi a legegyszerűbb utasításokat sem. Étvágyára jellemző, hogy kifejezetten jó evő kisfiú, az elkészített és feltálat ételeket válogatás nélkül elfogadja. Mater 9 hónapos terhes, várják a testvér érkezését, annak ellenére, hogy Ákost egyáltalán nem lehetett bevonni a testvér érkezésének előkészületeibe.

26 hónapos kised

Az elmúlt egy hónapban 3 alkalommal volt epileptikus roszulléte, egy hete gyermekneurológus diagnosztizálta a gyermeknél az epilepsiát. A klinikai tartózkodás alatt sokat beszélgetett mater a kezelőorvossal, aki a részletes anamnézis felvétele során rákérdezett a szülőnél arra, hogy milyen mértékben együttműködő Ákos bizonyos élethelyzetben, gondozási folyamatban, illetve arra, hogy szereti-e, ha bánat vagy fájdalom esetén megöleli gyermekét. Ákos ugyanúgy, mint minden gyermek, vágyik a szeretetre, szívesen fogadja az ölelést. A kezelőorvos megemlítette, hogy szeptembertől érdemes lenne talán fejlesztésre vinni a gyermeket az óvodai évek megkezdése előtt, mivel most július vége van, így a nyáron nem tudják fogadni őt. A háziorvos a szakorvos utasításait jóváhagyta, egyéb kezelést és teendőt nem írt elő Ákos számára.

A kistestvér érkezését nagyon nehezen fogadta, a sírást tolerálja a legnehezebben. Síráskor fülét kezével befogva félrevonul, a gondozásba (pl. pelenkázás, fürdetés) egyáltalán nem vonható be.

Az antiepileptikumokat előírás szerint kapja, a gyógyszerek bevitelét nem utasítja vissza.

Fogazata ép, 20 tejfoga van. Étvágya jó, nem válogat. Továbbra sem beszél, pedig mater rendszeresen mesél, mondókázik és énekel neki.

Az egyik legfontosabb állomás L. Ákos életéből – a védőnői családlátogatások feljegyzéseiből

3 éves kisgyermek

Ákos egy hete kezdte meg az óvodai beszoktatást. A korai fejlesztést nem tudták még elkezdni, mert 3 hét múlva tudtak helyet és időpontot biztosítani Ákos számára. A beszoktatás nehezen indult, az óvónők elutasítóak voltak, rendszeresen Ákos „antiszociális” viselkedését említik, és tegnap a vezető óvónő kijelentette, hogy nem fogadja Ákost az óvodai csoportba, mert „kezelhetetlen”, nem beszél, az utasításokat nem hajtja végre, zavarja a csoportot és külön gondozónőt nem tudnak számára biztosítani. Javasolták, hogy vigye a szülő Nevelési Tanácsadóba, és mindenképpen vizsgálják meg, hogy „érett-e” az óvodai gondozásra.

A Nevelési Tanácsadó hallásvizsgálatot és neurológiai vizsgálatot írt elő, amelyek elvégzését követően semmilyen eltérés nem mutatkozott, ezért továbbirányították a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központba, ahol már felmerült az autizmus diagnózis. További vizsgálatok következtek, majd 4 hónap után kapta meg a szülő a diagnózist, hogy Ákos autista. A szülő elmondása szerint „egy világ omlott össze benne, amikor meghallotta a diagnózist”. Ákos eközben folytatta a beszoktatást a „normál” óvodában, annak ellenére, hogy az óvodapedagógusok egyáltalán nem voltak segítőkészek.

A diagnózis felállítását követően mater saját elmondása szerint egy évig „gyászolt”, a férje azóta sem tudja elfogadni, hogy Ákos autista.

Mater talált speciális óvodát a gyermek számára, ahol gyógypedagógus segíti a kisfiú fejlesztését. Az óvoda mellett járnak korai fejlesztésre, zeneterápiára, lovas terápiára és TSMT-re. Az Ákos mellett növekvő fiútestvér egészséges, jelenleg 14 hónapos.

Az eset feldolgozása előtt ismételjük át és határozzuk meg, hogy melyek azok a fejlődési pillanatok, amelyek figyelemfelkeltő vagy kivizsgálást igénylő állapotokra utalhatnak, és melyek a „normál” fejlődés jellegzetességei.

Mi is jellemző egy 3 éves gyermek viselkedésére és mozgásfejlődésére?

A látogatás során kitöltött Szülői kérdőív eredménye a következő volt:

Szülői kérdőív – 3 éves életkorban

	Igen, rendszeresen, (gyakran, többnyire)	Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul)	Még nem
1. Rövidebb lépcsőn (3-4 fok) önállóan megy fel-le (kézfogás és kapaszkodás nélkül)?	X		
2. Szokott-e úgy csinálni játékból, mintha főzne, autót vezetne, stb.? (Pl.: kis edényekben főz kavicsból, homokból, kavargat, öntöget, kezeivel játékból kormányoz stb.)	X		
3. Egyszerű dallamot, mondókát ismétel? (Pl.: „hóc-hóc katona”, „süss fel nap, fényes nap”)			X
4. Rajzoláskor, könyvnézéskor nem hajol arasznyinál közelebb a papírhoz?	X		
5. Tudja-e, hogy lány vagy fiú?	X		
6. Tud-e zárt kört, karikát rajzolni? (Nem kell szép szabályosnak lennie!)	X		
7. Beszéde érthető-e idegen számára?			X
8. Párbeszédbe bevonható? (Azaz beszélgetést kezdeményez, kérdez és a hozzá intézett kérdésekre válaszol? Pl.: – „Te most mit csinálsz? Miért vágod le az ágakat?” „Metszem a fákat.”)			X
9. Segít társainak, családtagjainak? (Pl.: elpakolni, teríteni, rendet rakni)		X	
10. Szobatiszta nappal? (Időben jelzi, ha pisilni, kakilni kell?)	X		

11. Megosztja örömét, bánatát, vagy a számára fontos eseményeket? (Pl.: „Nézd apu, de szép markoló!” „Képzeld anyu, láttam egy nagy kutyát!” stb.)		X	
12. Játéka során különböző tárgyakkal helyettesíti a jelen nem lévő tárgyakat? (Pl.: kocka = gombóc, ceruza = horgászbót stb.)	X		

Mater a kérdőívben szereplő kérdéseket megértette, a kérdőív kitöltése során együttműködő volt.

Nevezzük meg a 3 éves kisdied esetismertetésében szereplő védő- és rizikótényezőket, majd határozzuk meg ugyanúgy a szükségletfeltáró vizsgálatokat, majd fogalmazzuk meg a problémát, majd állítsuk fel a gondozási folyamatot!

Helyzetértékelés / Probléma megfogalmazása:

A 3 éves Ákos beszédfejlődése elmarad az életkori sajátosságokhoz képest, szocializációja terén megemlítendő, hogy a szülő utasításaira adott reakciói továbbra is eltérnek a kívánattól, hallása ép. Játéktevékenységében monotonia figyelhető meg, társas játékot egyáltalán nem kezdeményez és nem is fogad el.

A szülő együttműködő, figyel gyermeke jelzéseire, igyekszik gyermeke szükségleteit kielégíteni, realisan látja gyermeke fejlődését, Szülői Kérdőív felvétele során végzett megfigyelései a védő- és rizikótényezővel, vizsgálatával azonosak, de egyre jobban aggódik is, hiszen ő úgy érzi mindent megtett gyermekéért, de a szakemberektől nem kap választ arra, hogy az ő gyermeke miért „más”, mint a többi.

Gondozási folyamat

Megfigyelés észlelés

Testi fejlettsége, mozgásfejlődése életkorának megfelelő. Ollóval ügyesen vág, apró gyöngyöket képes akár egy órán át is fűzni. A lépcsőn váltott lábbal jár. Tisztálkodás során önálló, szobatiszta. Önállóan és tisztán étkezik.

Ákos egy hete kezdte meg az óvodai beszoktatást. A korai fejlesztést nem tudták még elkezdni, mert 3 hét múlva tudtak helyet és időpontot biztosítani Ákos számára. A beszoktatás nehezen indult, az óvónők elutasítóak voltak, rendszeresen Ákos „antiszociális” viselkedését említik, és tegnap a vezető óvónő kijelentette, hogy nem fogadja Ákost az óvodai csoportba, mert „kezelhetetlen”, nem beszél, az utasításokat nem hajtja végre, zavarja a csoportot és külön gondozónőt nem tudnak számára biztosítani. Javasolták, hogy vigye a szülő Nevelési Tanácsadóba, és mindenképpen vizsgálják meg, hogy „érett-e” az óvodai gondozásra.

A Nevelési Tanácsadó hallásvizsgálatot és neurológiai vizsgálatot írt elő, amelyek elvégzését követően semmilyen eltérés nem mutatkozott, ezért továbbirányították a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központba, ahol már felmerült az autizmus diagnózisa. További vizsgálatok következtek, majd 4 hónap után kapta meg a szülő a diagnózist, hogy Ákos autista. A szülő elmondása szerint „egy világ omlott össze benne, amikor meghallot-

ta a diagnózist”. Ákos eközben folytatta a beszoktatást a „normál” óvodában, annak ellenére, hogy az óvodapedagógusok egyáltalán nem voltak segítőkészek.

Tájékoztató, információ, ismeretek átadás, tanácsok adása

- A testi, lelki, szociális jellemzők megfigyelése.
- Mindennapi gondozás: higiéné, bőrápolás, fogápolás.
- Alapvető szükségletek: testi fejlődés, napirend, alvás, mozgás.
- Pszichés szükségletek: érzelmi fejlődés, szeretet, anya-apa-gyermek kapcsolat.
- Értelmi szükséglet: látás, hallás, figyelem és beszédfejlődés, sírás, játék.
- Környezeti szükségletek: élettér, biztonság, környezeti higiéné.
- Egészségügyi szükséglet: antiepileptikumok szedése előírás szerint.
- Kóros állapotok tünetei (epileptikus roszullétek – teendők roham esetén, autizmus).
- Balesetmegelőzés.
- A megfelelő életmód, táplálkozási, gondozási és gyógyszerelési tanácsok követése, betartása.
- Szakirodalom és szakmai tartalmú internetes források ajánlása.

Táplálás

- Tápanyag- és folyadékigény meghatározása – fehérjében, vitaminokban – és ásványi anyagokban gazdag étrend biztosítása
-

Kapcsolattartás, konzultáció/Interprofesszionális együttműködés

- házi gyermekorvossal,
- neurológus szakorvossal,
- nevelési tanácsadóval,
- gyógypedagógussal,
- gyógytornással,
- gyermekpszichiáterrel,
- védőnővel,
- autimentorral.

Szülői kompetencia megítélése

- A szülő érzelmi viszonyulása gyermeke felé meleg, elfogadó, a gyermek fejlődésével kapcsolatos tudása megfelelő szintű, reálisan látja a gyermeke eltérő fejlődését. A szülő igényli a segítséget, együttműködő, érdeklődő, nyitott, de egyszerre aggódó is.
- A szülő elmondása szerint „egy világ omlott össze benne, amikor meghallotta a diagnózist”, az apa még évekkal később se tudja feldolgozni a gyermek diagnózisát.

Önreflexió-értékelés

A szülő kompetens a gyermek nevelésében, reálisan látja a normális fejlődés és az eltérő fejlődés menetét, korrekten ítéli meg gyermeke aktuális fejlődési státusát, bár a diagnózist nehezen fogadja el. Értetlenül áll a helyzet előtt, hogy miért kellett ennyit várnia a diagnózisig. A szülők teljes mértékig együttműködnek az ellátórendszerekkel, igénybe veszik, alkalmazzák a fejlesztés lehetséges módjait, de ennek ellenére kezdetben nehézséget jelentett

az állapot elfogadtatása a családdal. A szülő a diagnózis felállítását követő néhány hónap elteltével minden erejével arra törekszik, hogy gyermeke minden elérhető fejlesztésben részt tudjon venni, és számít a védőnő segítségére.

További állomás L. Ákos életéből – a védőnői családlátogatások feljegyzéseiből

6 éves

Készülnek az iskolára, Gyermekpszichiátriára járnak iskolai előkészítőbe, Ákos speciális iskolába fog járni lakóhelyükön.

Felhasznált irodalom

49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról

51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

Bajusz – Fiedler – Tobak: Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012

A Koragyermekkor program keretében fejlesztett irányelvek, útmutatók

A 0–7 éves korú gyermekek nyilvántartásáról az alapellátásban; Munkaanyag (2013. 12. 31-i állapot) TÁMOP

6.1.4 Koragyermekkor program (0–7), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Az újszülött és a gyermekágyas anya területen történő első ellátása során az egészségügyi alapellátás feladatairól;

Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban;

Az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról;

Az 1–3 éves kor közötti egészséges kisgyermekek táplálásáról;

A gyermekek testi fejlődésének, növekedésének és tápláltsági állapotának értékeléséről;

A 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallás szűréséről;

A 0–18korú gyermekek látásfejlődésének követéséről, a kancsalság és a fénytörési hibák felismeréséről.

Dr. Berényi M., Hulényi Opláznik K., Dr. Kántor I., Kereki, J., Dr. Kiss, E., Dr. Kubinyi E., Maradáné Veréb V., Pajor, E., dr. Stefanik, K., Dr. Szédely N-K., Vargáné Dr. Molnár M. (2014) Fokozott gondozást igénylő várandós és gyermek gondozása. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkor program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Gyermek-alapellátási Útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. (2014) TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkor program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve Az autizmusról/autizmuspektrum-zavarairól, <http://old.aosz.hu/dmdocuments/e%C3%BC%20ir%C3%A1nyelv%20az%20autizmusr%C3%B3l.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 05. 04.)

Czeglédy É., Szabó P.: Hallássérült kisgyermek a családban. (Hasznos információk szakembereknek) Fogyatékos Gyermekekért Közalapítvány 2005.

FÜGGELÉK

AZ 1. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ FELADATAI

1. Röviden definiálja a kompetencia fogalmát a szakmák, foglalkozások szempontjából!

2. Csoportosítsa az alábbi védőnői kompetenciákat!

- szakmai kompetencia
- módszerkompetencia
- társas kompetencia
- személyes kompetencia

- A) az eltérő vagy megkésett fejlődést mutató gyermekek kiszűrése,
- B) eredményorientáltság,
- C) rugalmasság,
- D) proaktív viselkedés,
- E) ismeretek helyén való alkalmazása,
- F) törődő magatartás,
- G) konfliktusmegoldó készség,
- H) az eltérő vagy megkésett fejlődés jelzése a megfelelő szakember felé,
- I) kritikus gondolkodás,
- J) szervezőkészség,
- K) döntéshozatali képesség,
- L) a szakmai kompetenciájába tartozó fejlődési rizikótényezők elhárítása,
- M) interperszonális rugalmasság,
- N) feltétel nélküli elfogadás

3. Röviden fogalmazza meg a szülői kompetencia fogalmát!

4. Ki vezette be a köztudatba az „elég jó szülő” fogalmát?

5. Soroljon fel és értelmezzen legalább öt tényezőt az „elég jó” szülői jellemzői közül!

6. Soroljon fel és értelmezzen legalább öt teendőt, melyet a védőnő alkalmazhat a szülői kompetencia erősítésében?

7. Mutassa be a prevenció egyes szintjeit és azok céljait!

8. Határozza meg a szűrővizsgálat fogalmát!

9. Mely jogszabály határozza meg a szűrővizsgálatok rendszerét?

A 2. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

1. Milyen kérdéscsoportokra terjed ki minden esetben a rizikósűrés?
2. Mi igaz a protektív tényezőkre?
3. Kinek a feladata a rizikósűrés?
4. Mi a feladata a védőnőnek, amennyiben észleli a rizikó jelenlétét?

A 3. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

1. A felsoroltak közül melyik segíti a gondozási szükséglet megállapítását
 - A) anamnéziszfelvétel
 - B) aktív felkutatás
 - C) nyilvántartásba vétel
 - D) kapcsolattartás, konzultáció
2. A felsoroltak közül melyik tényezőt mérjük fel rizikófelmérés során?
 - A) prekurzor tényezők
 - B) protektív faktor
 - C) patogén tényezők
 - D) immunogén faktor
3. Melyik állítás igaz az eltérő fejlődésre?
 - A) a fizikai, motoros, intellektuális vagy nyelvi területeken manifesztálódik
 - B) az eltérő fejlődésű gyermek a normál, tipikus fejlődésmenettől valamely területen és időtartamban deviációt mutat
 - C) a fizikai, motoros, intellektuális, szociális vagy nyelvi területeken manifesztálódik
 - D) az eltérő fejlődésű gyermek a normál, tipikus fejlődésmenettől valamely területen deviációt mutat
4. A gondozás színterei:
 - A) szakellátás intézményei
 - B) orvosi rendelő
 - C) bölcsőde és egyéb gyermekek ellátását végző intézmények
 - D) TEGYESZ
5. Egészségügyi gondozás szempontjai krónikus megbetegedése esetén:
 - A) a beteg edukáció
 - B) a terápia
 - C) a beteg és a család betegséggel kapcsolatos edukáció
 - D) folyamatos terápia

6. Gondozott egyénnel szembeni elvárások:

- A) megfelelő ismerettel rendelkezzen a saját egészségének megítéléséhez
- B) lehetőségeihez képest mindent megtenni az egészsége megőrzéséért a részére adott információk birtokában
- C) az egészségének megőrzéséhez nyújtott tanácsok, ismeretek, információk elfogadása
- D) az egyén saját képességeinek fejlesztése

7. Rizikófelmérés összetevői:

- A) prenatális – teratogén – tényezők
- B) családi nevelés, gondozás, fejlesztés
- C) intézményi ellátás (hozzáférhetőség, igénybevétel, konfliktusok)
- D) asszertivitás, proszociális magatartás

8. Fokozott gondozás, olyan speciális ellátás, mely a következőket foglalja magában:

- A) gyakoribb családlátogatást
- B) védőnői tanácsadáson való megjelenést
- C) a megfelelő társszakmákkal való szoros együttműködést
- D) tájékoztatást, ismeretek átadását, egészségügyi védőnői ellátás

9. Mi tartozik a veszélyeztetettség fogalmába?

- A) a gyermek testi, értelmi, érzelmi fejlődését akadályozza
- B) veszélyeztető magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében alakul ki
- C) környezeti tényezők káros hatása
- D) nem akut állapot, hanem folyamat

10. A krónikus betegségekben, speciális állapotokban nehézséget jelentenek:

- A) nagyszámú ellátó és kezelésmód (időnként egymástól eltérő javaslatokkal)
- B) kiszámíthatatlanság
- C) feszültség és lelki teher mind a gyermek, mind a család, a környezet számára
- D) az ápolás hosszú és megterhelő

A 4. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

1. Meddig számítunk korrigált életkort a 28. terhességi hét előtt született gyermekeknél?
2. Sorolja fel a szülő és a védőnő együttműködésének közös jellemzőit!
3. Készítsen listát a szülő és a védőnő együttműködésének háttérben álló különbségekről!

Szülői oldalról	Védőnői oldalról

4. Milyen szülői jellemzők befolyásolják a szülők védőnővel való együttműködését?

AZ 5. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

1. A felsoroltak közül melyik figyelemfelkeltő jel 1 hónapos korban?
 - A) Szemmozgások még nem teljesen koordináltak, kezdetben nincs tárgykövetés.
 - B) Aluszékony, nem ébred fel az etetések során sem.
 - C) Sírása még differenciálatlan, de erőteljesebb lehet, ha fáradt vagy ha éhes.
 - D) Az anya hangjára megnyugszik.
2. A felsoroltak közül melyik figyelemfelkeltő jel 6 hónapos korban?
 - A) Átteszi a tárgyat egyik kezéből a másikba.
 - B) Felnőtt beszédére válaszol, hangpárbeszédbe vonható.
 - C) Szinte mindegy, kinek az ölében van.
 - D) Fejfordítás a hangadás irányába.
3. A felsoroltak közül melyik jellemző az 4 hónapos csecsemőre?
 - A) Ránéz a középen összehozott kezeire.
 - B) Mindkét irányban hasra tud fordulni és onnan vissza is a hátára.
 - C) Hason fekve fejét 90 fokban megemeli és meg is tartja, alkarjaira támaszkodik.
 - D) Háton fekve lábfejét megfogja, szájába veszi.

4. A felsoroltak közül melyik jellemző az 9 hónapos csecsemőre?

- A) Működésbe hoz egy játékeszközt.
 B) Tart az idegen személyektől.
 C) Fel tud ülni és ülésben is biztonságosan játszik, jó az egyensúlya ebben a helyzetben.
 D) Nem keresi a hang forrását.

A 6. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

Jelölje, hogy a megnevezett fejlődési pontok melyik életkorra jellemzőek!

	15 hónapos kisdéd	2 éves kisdéd	2,5 éves kisdéd	3 éves kisdéd
nemét meg tudja különböztetni				
szobatiszta nappal				
már van sok szava, de még csak főneveket rak egymás mellé				
lépcsőre, alacsony bútorra nem tud felmászni.				

A 7. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

Írja az egyes mozgásformák mellé a kipontozott helyre az életkor betűjelét! Az egyes tevékenységek, viselkedésjellemzők az egészséges kisdéd fejlődésére vonatkoznak.

- A = 3 éves kisdéd
 B = 4 éves kisgyermek
 C = 5 éves kisgyermek
 D = 6 éves kisgyermek
 E = 7 éves kisgyermek

- A beszéde alakilag tiszta, minden hangot tisztán ejt.
 Emberrajzán legalább 6 testrész szerepel.
 Ujjai között fogja a ceruzát.
 Háromig megszámlál dolgokat.
 Szívesen játszik szerepjátékot.
 Érdekli a számok és betűk világa.
 Érti a jobb- és a bal oldal fogalmát.
 Megjelennek a szabályjáték elemei is.
 Az alapvető viselkedési szabályokat ismeri, elfogadja és alkalmazza.
 Tud veszíteni, szabálykövető, igyekszik a felnőttek elvárásainak megfelelni.

A 8. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI

1. Írja le Buckman rossz hír fogalmát!
2. Milyen lépéseket takar a rossz hír közlésének folyamatát leíró ENYHÍTŐ mozaikszó? Röviden fejtse ki az egyes lépések lényegét!

E	
NY	
H	
Í	
T	
Ö	

Sorolja fel a megfelelő sorrendben az elfogadáshoz vezető út lépéseit!

A 9. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI:

1. Mely szakterületek között oszlik meg a 0–7 éves korú, speciális segítséget igénylő gyermekek és családjaik ellátása?
2. Milyen alapon épül fel a védőnői szolgálat finanszírozása?
3. Soroljon fel 5 intézményes szereplőt a perinatális szakaszból!
4. Soroljon fel 5 intézményes szereplőt a későbbiekben felismert problémák esetén!

A 10. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ FELADATAI

1. Röviden definiálja a szakmai együttműködés fogalmát!
2. Röviden foglalja össze a szakmák közötti (interprofesszionális) munka lényegét!
3. Sorolja fel a szakmaközi tevékenység jellemzőit!
4. Kiket nevezünk kulcsszemélynek az interprofesszionális teammunkában?
5. Milyen problémák kezelésére alkalmas az interprofesszionális együttműködés?

A 11. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ FELADATAI:

1. Milyen kapcsolatokat kell erősíteni, hogy valaki sikerrel eligazodjon a rendeletek erdejében?
A) összekapcsoló,
B) összekötő,
C) összetartó,
D) összezavaró.
2. Szülőtámogató csoportok legfontosabb feladata:
A) szülők egymás közötti önszolgálatának előmozdítása,
B) szülők értsék és képesek legyenek szülői szerepüknek megfelelni,
C) szülői szereppel való megismerkedés, információ, képzés,
D) szülői szerepben való megerősítés.
3. Szülőtámogatás lehetséges forrásai:
A) adott területen lévő civil támogató csoportok,
B) A meglévő intézményrendszeren belüli szolgáltatások,
C) on-line csatornákon keresztüli szülőtámogatás,
D) egészségbiztosítási keretek között nyújtott szolgáltatási formák.

A 12. TÉMA ÖNELLENŐRZŐ KÉRDÉSEI:

1. Sorolja fel a védőnői feladatok főbb pontjait a család változásának, az új élethelyzethez való alkalmazkodásának segítésében!
2. Mi a motivációs interjú alkalmazásának célja és milyen eredményeket várunk alkalmazásától?
3. Nevezze meg a motivációs interjú alapelveit!

1.4. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: AZ „ELÉG JÓ” SZÜLŐI JELLEMZŐI

Tudatos, felelősségteljes, gyermekközpontú viselkedés

A tudatosság a szülői szerepre vonatkoztatva azt jelenti, hogy tudatosan tesszük-e azt, amit teszünk, a gyermek jövőjét szem előtt tartva, vagy pedig gondolkodás nélkül, személyiségünk, gyermekkori mintáinkból, pillanatnyi szükségleteinkből fakadóan. A szülői tudatosság annak a felismerését is jelenti, hogy aktív szülői közreműködés, határozottság és céltudatosság, befektetett idő és energia nélkül nem lehet sikeres a gyermek gondozásában és nevelésében (Deákné, 2012).

A szülők felelősek gyermekeik testi-lelki fejlődéséért. A szülői felelősség keretében a jogok és kötelezettségek gyakorlása során a szülők különösen kötelesek a gyermek érdekeit védeni, a gyermek viselkedését alakítani és a gyermek fejlődési szintjének megfelelő felügyeletet gyakorolni.

Ha valakiért vagy valamiért felelősek vagyunk, akkor viselnünk kell a velük kapcsolatos cselekedeteink következményeit.

A gyermekközpontúság lényege, hogy a gyermeket mindig a saját korának, képességeinek, fejlettségének megfelelő módon és tempóban kell gondozni és nevelni.)

A gyermek jelzéseire érzékeny, a gyermek szükségleteit és igényeit értő és kielégítő, valamint törődő, és biztonságot nyújtó szülői magatartás (Sears és Sears, 2001)

A szülői működéssel összefüggő egyik terület a szülő-gondozó érzékenysége és válaszkészsége. Az érzékenység a szülők abbéli képessége, hogy egyfelől milyen pontossággal veszik és értelmezik a gyermektől származó jeleket, másfelől milyen gyorsan és megfelelő módon reagálnak ezekre. A gyerek ezen a minőségen keresztül érti és tanulja meg, hogy ő hatékony, aki képes arra, hogy – ha csak részben is – döntsön saját tapasztalatairól. A szülők nemcsak kielégítik a gyerek alapvető igényeit, hanem megkönnyítik számára a kapcsolatot saját környezetével, például a tárgyak mozgatásával, a szociális/társadalmi interakciók széles skálájával, pl. a beszéd, a mosoly, szemkontaktus, a gyermek ölben tartása, dédelgetése, ölelése.

A szülő-gondozó válaszkészsége a gyermek szükségleteire, a gyermek igényeire odafigyelő, azt helyesen felismerő, a gyermek igényeire megfelelően reagáló anya kielégítő és törődő magatartásával hozzájárul ahhoz, hogy a gyermeke biztonságban érezze magát.

Tiszteletben kell tartani a gyermek szükségleteit, törekvéseit, ezt épp olyan jogosnak kell elismerni, mint a szülőét.)

Feltétel nélküli elkötelezettség

A szülői-nevelői attitűdök esetében a szülői válaszkészséget és a feltétel nélküli szeretettel szemben a feltétel nélküli elkötelezettséget emelték ki (Patterson, 1982., Ainsworth és mtai, 1971).

A feltétel nélküli elkötelezettség [szinonimái – többek között – bizalom, ragaszkodás, odaadás] önmagának a személynek szól, melynek hátterében az a meggyőződés húzódik, hogy a gyermek önmagában érték.

Elkötelezetté válni a gyermek boldogsága, biztonsága és jóléte iránt, azt jelenti, hogy mindent meg fogunk tenni annak érdekében, hogy feltétel nélkül segítsük. Ez az az elkötelezettség, amit akkor vállalunk, amikor feltétel nélkül felkínáljuk a szeretetünket.)

Elfogadás alapuló értő szeretet

Az elfogadás egy olyan meggyőződést tételez fel, hogy az emberi személy, a gyermek önmagában érték. Ehhez tartozik a személy fejlődésébe, változásra való képességébe vetett hit is. Ez azt jelenti, hogy az elfogadásnak nincsenek feltételei: „Szeretlek, ha ilyen és ilyen leszel”. Ez egyúttal a gyermek tisztelőt is jelenti.

Az elfogadás elősegíti, hogy a gyermek a szülő segítségével fejlődhessen, elmozdulhasson az érzelmi egészség irányába, és belső lehetőségeit jobban megvalósíthassa. Ha ezt a bizalmat érzi a gyermek, akkor ő is hajlandó segítő, irányító kezünket elfogadni, s azzá válni, amivé csak lehetséges számára.

Alaptételként kell kezelnünk minden gyermekről a jó feltételezését, a pozitív tulajdonságok erősítését. Ügyelnünk kell a szeretet [érzelmi melegség] helyes értelmezésére, hiszen a szeretet megbecsülést követel.)

Megfelelő érzelmi odafordulás, érzelmek megfelelő kifejezése, védelmező érzelmi attitűd, megfelelő mértékű érzelmi bevonódás, érzelmi elérhetőség (Bagdy, 1986)

Kiegyensúlyozott szülő szeretetet és melegség. Szóban is és testi gyöngédséggel (ölelés, puszi, simogatás) is kifejezi a szeretetét. Szeretetteljesen bánik gyermekével, bízik benne, szeret vele együtt lenni.

Az érzelmkifejezés közvetlenül a gyerekre irányul, és megfelelő reakció az ő viselkedésére, például elégedettség, elégedetlenség, kételkedés vagy érdeklődés az arc gesztusain, illetve a verbalitáson keresztül. Fontos, hogy a szülő világosan és egyértelműen fejezze ki érzelmeit. Érzelmi melegség – pozitív attitűd a gyerek felé, amely fizikai kontaktusban [puszi, ölelés, dédelgetés, kedves szavak és hanghordozás] nyilvánul meg. Védelmező érzelmi attitűd, mint vigasztalás sírás esetén, védelem biztosítása a gyermek szorongása, félelmei estén, valamint a szigorú, illetve erőszakos és fenyegető viselkedésformák kerülése.

Az érzelmi elérhetőség alapozza meg a bizalomra épülő és őszinte kapcsolatot, és a család légkörét. Érzelmileg elérhetőnek lenni azt jelenti, hogy a szülő nyitott a gyermek felől jövő közeledésre, és adekvátan reagál rá. Kimutathatja a szülő, ha dühös vagy szomorú, a lényeg, hogy őszintén tegye.)

Önállóságra, függetlenségre nevelés

Az önállóságra nevelés nem kis feladat. Sok időt, türelmet, következetességet igényel. Először nagy energia-befektetés, de ez jó befektetés a későbbiekre nézve. Az **önállóság lépcsőzetesen elsajátítható képesség**, amit tanítani kell, és egy kicsit „támogatásra” készen állva lehetőséget biztosítani a gyakorlásra.

A gyermek születésétől a felnőtté válásig a teljes függéstől a függetlenség felé vezető úton halad. Az ember szinte az élete kezdetétől érzi a biztonság és az önállóság iránti kétféle igény között feszülő ellentétet. A fejlődés mindig az adott életkornak megfelelő átmenetet jelenti, amelynek során a **biztonság iránti igényünk helyébe fokozatosan az autonómiára való törekvés lép**, a kötődés helyébe pedig az individuáció. Egyik sem szűnik meg teljesen, de az érett személyiségben egyik sem nyomja el tartósan a másikat [Máté, 2013.].

A gyermekkel szembeni életkornak megfelelő elvárások, kiegyensúlyozott határok megfogalmazása, demokratizmus, megfelelő kontroll, mérvadó/megkívánó/ irányító szülői bánásmód (Cloud és Townsen, 2011)

A szülői elvárások alatt azt értjük, hogy a szülő mit gondol arról, hogy egy adott életkorban milyen viselkedéssel és képességekkel kellene a gyermekének rendelkeznie. A gyermek viselkedésével kapcsolatos attribúciók arra utalnak, hogy a szülő milyen tényezőknek tulajdonítja gyermeke viselkedését. Egy kedvezőtlen gyermeki viselkedést lehet például stabil, belső okokra visszavezetni, melyek nehezen megváltoztathatóak, vagy ezzel ellenkezőleg, lehet külső, megváltoztatható okoknak is tulajdonítani. Reális, a gyermek életkorának megfelelő és a gyerekek számára érthető módon vár engedelmességet; elvárásaira általában is jellemző a realitások talaja és a következetesség. Az általa támasztott szabályok jól körvonalazottak, kellő szabadságot biztosítanak és világosak; a szabályszegés következményei is nyilvánvalóak a gyerekek számára.

A szülők egyik legfontosabb feladata és a nevelés egyik legnagyobb kihívása a kellő szabadság, ugyanakkor rögzített szabályok, határok kijelölése és betartása. Az értelmes és világosan kijelölt szabályok, határok nélkülözhetetlenek, mert ezek teremtik meg a gyermek biztonságát. Egy gyermek akkor tanul meg felelősséget vállalni a tetteiért, amikor a mások által felállított korlátokba ütközik, és szembesül a viselkedése következményeivel. A szülő elvárja a szabályok betartását, de alkura is hajlik. Érvel, és a jogokat, kötelességeket egyaránt fontosnak tartja. Szülő és gyermeke között megegyezés kötődik, hogy mi az, ami belefér, és mi az, ami már nem. Miután ez megtörtént, nagyon fontos, hogy a szülő azt is kimondja: megbízom benned, mert tudom, hogy betartod az ígéretedet! Ki kell mondani még akkor is, ha egy kicsit aggódunk. Ugyanakkor tudnunk kell: mindenben csak annyit várhatunk, annyit kívánhatunk reálisan, amennyit mi, szülőként a mindennapi életben megvalósítunk, ami a mi családi morálunkban, családi rítusainkban valóban benne van.

Ahhoz, hogy a gyermek biztonságban érezze magát, ugyanakkor tiszteletben tartsa a kiszabott korlátokat, szükséges a szülő részéről a kiszámíthatóság, vagyis a következetesség.)

Pozitív fegyelmezés (Nelsen, 2013)

Minden felnőttnek, aki gyereket nevel, felelőssége van abban, hogy fontos életvezetési és szociális készségeket tanítva, ránevelje a gyereket a megfelelő viselkedésre. Ebben a pozitív fegyelmezésnek fontos szerepe van. A pozitív fegyelmezés a tévedéseket mint tanulási lehetőségeket kezeli és a helytelen viselkedés megelőzésére koncentrál, nem a büntetésre. Olyan fontos közösségi és életvezetési képességeket tanít, mint az önértékelés, önbizalom, együttműködés, önfegyelem, jó kommunikációs készség és problémamegoldó képesség, olyan módon, amely mélyen tiszteletteljes és bátorító gyerekeknek és felnőtteknek egyaránt.

Fontos, hogy a szülő következetesen tartassa be az „okos, értelmes” szabályokat. Legyen határozott, de tisztességes. Ha megállapodott valamiben a gyermekével, ne rúgja fel az egyezséget, tartsa magát az egyezéshez, ellenkező esetben gyorsan eljuttassa a szavahihetőségét és egy nevelési eszközzel kevesebbet birtokol a továbbiakban.)

Pozitív kommunikáció (Gargus, 2010)

A pozitív kommunikáció alapvetően fontos a kiegyensúlyozott és egymás megértésére, megbecsülésére irányuló kapcsolatokban, így a szülő-gyermek kapcsolatban is. A pozitív kom-

munikáció eszköze a helyes viselkedés megerősítése, a hatékony kommunikáció [szemkontaktus, határozott hang, megismételt szülői kérés] gyakorlása és a gyermek meghallgatása.)

A szülői viselkedés illesztése gyermeke változó képességeihez

A szülő-gyerek interakció időbeli változásai nyilvánvalóan részben a gyermek egyre gyarapodó viselkedérepertoárjával, fejlődő képességeivel vannak összefüggésben. A gyermek gyarapodó szociális készségei [gesztusok, vokalizáció, figyelemirányítás, együttműködés, engedelmesség, nyelvi készségek, egyre aktívabb interakciós partnereként viselkedés, kezdeményezés stb.], az anyai viselkedés változását kívánják meg [Landry és mtsai, 1998. idézi Ribiczey, 2010.]. A szociális készségek fejlődése ugyanakkor részben attól függ, hogy az anya viselkedése mennyire alkalmazkodik gyermeke változó képességeihez, az anyai viselkedés illesztése a gyermek képességeihez visszahat a gyermek fejlődésére. A gyermek fejlődése és az anyai alkalmazkodás interaktív folyamatáról érdemes tehát beszélni.)

Pozitív szülői minta adása (Chapman, 2011)

A gyereknevelés legfontosabb területe, amelyre a szülőknél kitüntetett figyelmet kell fordítani, az, hogy jó példát mutassanak a gyerekeiknek. A szülői minták meghatározzák életünk alakulását, mert a gyermekek átveszik a szülők értékrendjét, magatartási és kommunikációs mintáit.)

Megfelelő ismeretek a gyermeki fejlődésről, szükségleteiről és igényeiről, ellátásáról és gondozásáról, az optimális fejlődést biztosító tényezőkről, valamint az alapvető nevelési eszközökről és módszerekről

A képességeken túl a szülői kompetencia másik fontos összetevőjét alkotják az ismeretek: pl. a gyermek életkorának megfelelő szükségletek, lehetséges igények ismerete; a gyermek napi ellátásának, gondozásának ismeretei; egészségügyi ismeretek, a gyermek biztonságával kapcsolatos ismeretek; a gyermek fejlődésére kedvező nevelési eszközök és módszerek ismerete; a gyermek optimális testi, társas, nyelvi és kognitív fejlődését biztosító tényezők ismerete; az életkornak megfelelő fejlődési mérföldkövek ismerete.)

Támogató szolgáltatások ismerete

„A szülők támogatása egy sor olyan tevékenységet jelent, mint az információk nyújtása, támogatás, képzés, tréning, tanácsadás és más lehetőségek vagy szolgáltatások, amelyek arra irányulnak, hogy befolyást gyakoroljanak annak érdekében, hogy a szülők értsék és képesek legyenek szülői szerepüknek megfelelni. Közös célkitűzés, hogy a gyerekek és fiatalok sikeresebbek legyenek – az esetek egy részében, ez igaz a család egészére –, szolgáltatások nyújtásával, amelyek ismereteket, támogatást és akár átképzést nyújtanak a szülőknél” (Mary Daly, 2011. Idézi Herczog, 2013).

Felhasznált irodalom

- Ainsworth, M. D. S. – Bell, S. M. – Stayton (1971.): Attachment and exploratory behaviour of one year olds. In H. R. Schaffer (ed.): The origins of human social relations. New York, Academy Press
- Bagdy E. (1986.): Családi szocializáció és személyiségzavarok. Tankönyvkiadó, Budapest

- Chapman, G. (2011.): Családi összhangzattan – A családi harmónia öt jellemzője. Harmat Kiadó Alapítvány
- Cloud, H. – Townsen, J. (2011.): Gyermekhatárok – Avagy amit szabad Jupiternek... Harmat Kiadó Alapítvány, Budapest
- Deákné B. K. (2012.): Mire nevelitek a gyerekeiteket? – A Tudatos Szülő Nevelési Módszer. Tudatos Lépés Kft.
- Gargus, B. (2010.): Why positive reinforcement works: Using positive communication. Family Education. Retrieved from <http://life.familyeducation.com/communication/behavior-modification/29734.html?page=2&detoured=1>(letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
- Herczog M.: Szülő támogató programok Európában. Értjük egymást? Budapest, 2013. november 23. <https://www.koloknet.hu/files/12/ppt0000005.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 3.)
- Holden, G.H., (1995.): Parental Attitudes Toward Childrearing. In: Bornstein, M. H. (ed.): Handbook of Parenting. Vol. 3. Status and Social Conditions of Parenting. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Máté G. (2013.): A test lázadása – *Ismerd meg a stresszbetegségeket*. Libri, pp. 288–289.
- Nelsen, J. (2013.): Pozitív fegyelmzés. Reneszánsz Kiadó, Budapest
- Patterson, G. R. (1982.): Coercive family processes. Oregon: Castilia Publishing Co.
- Ribiczey N.: Környezeti hatások és intellektuális fejlődés – Különböző megközelítések a környezet releváns aspektusainak megragadására. Gyógypedagógiai Szemle. 2010/1. – http://prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=31&jaid=457 (letöltés időpontja: 2014. 03. 23.)
- Sears, W. – Sears, M. (2001): The Attachment Parenting Book – A Commonsense Guide to Understanding and Nurturing Your Baby

Ajánlott irodalom

- Kereki, J., Major Zs. B. (szerk.) (2014): *Őrzők*. TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori program (0–7 év), Országos Tisztifőorvosi Hivatal

1.6. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: A PREVENCIÓRÓL ÁLTALÁBAN – SZINTJEI, CÉLJAI, MÓDSZEREI, ESZKÖZEI

A megelőzésnek, mint általános egészségtudományi alapelvnek az orvoslás valamennyi szintjén, és ebből következően a betegség valamennyi stádiumában meg kell jelennie.

Valamennyi prevenció szint közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll magatartási tényezőkkel (Pitts, 1996.; Winett, 1995.).

Prevenció = megelőzni, megelőzés, a nem kívánt jövőendő esemény vagy fejlemény megakadályozása

Prevenció fogalma: azon törekvések összessége, amelyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve egészségkárosodás esetén az egészség mielőbbi visszaállítását, valamint a károsodás további súlyosodásnak kivédését szolgálják.

A prevenció szintjei

Primordiális prevenció (kockázati tényezők megelőzése): olyan általános megelőzési formákat foglal magában, amelyek nem közvetlenül a betegségmegelőzést szolgálják, mégis indirekt úton hozzájárulhatnak ahhoz, hogy megakadályozzák a tömegesen veszélyeztető tényezők (környezeti, gazdasági, szociális, magatartás- és életmód-minták) kialakulását és elterjedését.

Cél: megakadályozni a tömegesen veszélyeztető tényezők – környezeti, gazdasági, szociális, magatartás- és életmód-minták – kialakulását és elterjedését. Végzése állami, kormányzati, közéleti tevékenység.

Lényege: olyan általános megelőzési formák, amelyek indirekt úton járulnak hozzá a betegség megelőzéséhez:

- szabályozni, megszüntetni vagy csökkenteni valamely nem természetes kockázati tényezőt a normál állapot visszaállítása érdekében – dohányzás, táplálkozási problémák (pl. túlzott sóbevitel), környezetszennyezés, túlzott alkoholfogyasztás stb.
- bevezetni valamely nem természetes tényezőt vagy fokozni valamely természetes tényező jelenlétét az általa nyújtandó védelem érdekében – gyógyszerek (vérnyomás-, szérumkoleszterinszint-csökkentők stb.), a víz klórozása, vitaminok, a víz fluorozása, a konyhasó jódosítása stb.

Primer prevenció (elsődleges megelőzés): az egyén vagy a közösség egészségügyi problémáit okozó potenciális tényezők elkerülésére vagy megszüntetésére szolgáló intézkedések összességét jelenti. Középpontjában az egészség általános védelme és támogatása áll.

Cél: az egészségkárosodás és a megbetegedés bekövetkeztének megelőzése, a fizikális ellenálló képesség, a mentális jólét, a környezeti biztonság megőrzése és erősítése, a fertőző betegségekkel szembeni védettség, védelem erősítése.

Lényege: a konkrét betegség kialakulásának megelőzésére szolgál, vagyis megelőzi a kórkép kialakulását, jelenti a rizikótényezők kontrollját, az egészséggel összefüggő káros életmódbeli tényezők csökkentését és az egészségtudatos viselkedés elősegítését.

Módszerei: attitűdformálás és készségfejlesztés, konfliktus- és stresszkezelési technikák fejlesztése stb.

Az alapellátás primer prevenció programja, tevékenységei:

az életmóddal, élethelyzetekkel összefüggő betegségek, kórállapotok megelőzését szolgáló prevenció programok, tevékenységek:

- egészséges táplálkozás, fizikai aktivitás biztosítása;
- dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, káros szenvedélyek kialakulásának megelőzése és egyéb, az egészségre káros kóros viselkedések kialakulásának lehetséges megelőzése;
- az idős kort kísérő betegségek lehetőségekhez mérten történő megelőzése, illetve mérséklése a szociális gerontológia törekvéseinek a családban és a társadalomban történő érvényre juttatásával;
- balesetek megelőzése.

egészséges nők praeconceptionális és terhességi alapszintű gondozása:

- családtervezési, fogamzásgátlási, szexuális-szexuálhigiénés tanácsadás, a tinédzser és ifjúsági nőgyógyászati alapszintű felvilágosítás, tanácsadás, nevelés;
- terhesség gondozás.

kemoprevenció

- K-vitamin-profilaxis;
- D-vitamin-profilaxis.

védőoltási program

- kötelező védőoltások;
- önkéntesen igénybe vehető védőoltások;
- járványveszély esetén adandó védőoltások;
- utazók védőoltásai.

Szekunder prevenció (másodlagos megelőzés): rejtett betegség, elváltozás valószínűsített azonosítása gyorsan kivitelezhető tesztek, vizsgálatok és egyéb eljárások alkalmazásával

Célja a betegségek kezdeti fázisban való felismerése – lehetőleg még a tünetek megjelenése előtt – a családi és az egyéni anamnézis, megfigyelés, észlelés, nyomon követés és vizsgálatok, szűrővizsgálatok segítségével az esetleges rizikótényezők, az elváltozások, tünetek, megbetegedések korai felismerése, illetve elváltozás, tünet észlelése esetén mielőbbi diagnózis felállítása, gyógykezelés.

Lényege: a már fennálló, kialakult, de még a kezdeti stádiumban lévő betegség felismerése (lehetőleg még a tünetek megjelenése előtt) és orvoslása, a betegségek korai stádiumban való felismerése és kezelése.

Módszerei: a rendszeres időközökben végzett szűrés, a felderített betegek gondozásba vételével a betegség súlyosbodásának elhárítása és a következményes betegség megelőzése.

Tercier prevenció (harmadlagos megelőzés): a klinikai tüneteket okozó betegség további súlyosbodásának megelőzése, a kialakult kórállapot gyógyítása, és ezzel a két tevékenységgel összhangban a szövődmények bekövetkezési valószínűségének csökkentése (itt már élesen nem határolódik egymástól a gyógyítás és a megelőzés).

Célja:

- a klinikai tüneteket okozó betegség további súlyosbodásának megelőzése, a kialakult kórállapot gyógyítása, és ezzel a két tevékenységgel összhangban a szövődmények bekövetkezési valószínűségének csökkentése (a terápiát is magában foglalja);
- a maradandó fogyatékoság, károsodás elhárítása, a betegségek súlyosbodásának és kiújulásának elhárítása;
- a tartósan megbetegedett és fogyatékoságban szenvedők életminőségének javítása, gondozása, komplex rehabilitáció biztosítása; a betegségek szövődményeinek és a későbbi károsodásoknak, további egészségromlásnak a megelőzése, csökkentése,
- az idő előtti elhalálozás elkerülése,
- a beteg vagy fogyatékos személy családi, közösségi integrációjának elősegítése,
- a szükségszerűen kialakult állapot vagy helyzet elfogadásának segítése.

Lényege:

- minden olyan intézkedés, amelynek az a célja, hogy elhárítsa a betegség progresszióját, súlyosbodását, szövődmények kialakulását, krónikussá válását, kiújulását és kezelje a fennálló anatómiai, élettani és pszichés károsodást, valamint elkerülje a következményes és kísérő betegségeket;
- a betegséggel összefüggő fogyatékoság elhárításához vagy kiküszöböléséhez vezető intézkedések (a maradandó fogyatékoság incidenciájának csökkentésére), valamint a munkaképesség elvesztésének, a társadalomból való kiszorulásnak az elkerülésére irányul.

Kvaterner prevenció: a szükségtelen vagy felesleges egészségügyi beavatkozások csökkentését, ezek negatív következményeinek elkerülését célozza. Újjonnan megjelent kategória, prevenció szint. A mindennapi realitás, az emberek és a bizonyos tekintetben valóban „eszkaláló” jelzővel illethető, azaz mind komolyabb társadalmi tényezőt képviselő egészségügyi szolgáltatás, óhatatlan, bizonyos esetekben negatív következmények lehetőségét is hordozó kapcsolódásának következményeire fókuszál. E kategóriában nem működhet a másutt megkülönböztető betegség hiánya vagy jelenléte ismérv, ezzel szemben bevezetésének ténye rámutat a megelőző tevékenység sokoldalú, körültekintő művelése iránti igényre.

A kvaterner prevenció a betegek egészségügyi ellátás során (következtében?) kialakuló veszélyeztetettségének felismerését és megelőzését foglalja magában:

- „(indokolatlan) beteggé tétel”;
- „túl-diagnosztizálás”;
- „túlkezelés”;

- „felesleges megelőzés”;

azaz a szükségtelen mértékű és mélységű, rendszerint vélt elvárásokat túlzóan kiszolgáló, a működésük, beavatkozásuk kockázataival nem helyesen számoló szolgáltatók testi és lelki bajokat idézhetnek elő.

Felhasznált irodalom

Pikó, B.: Magatartástudomány és prevenció: A preventív magatartásorvoslás jelentősége

http://epa.oszk.hu/00700/00775/00060/2003_11_05.html – (letöltés időpontja: 2014. 03. 25.)

Benkő, Zs.: Egészségfejlesztés – módszertani kézikönyv, Mozaik Kiadó, Szeged, 2009

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja A Háziiorvosi Hatásköri Listáról

<http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2011/7.pdf> (letöltés időpontja: 2014. 03. 30.)

Dési, I.: Népegészségtan, Semmelweis Kiadó, Budapest, 1995

Kertai, P.: Megelőző orvostan, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999

1.7. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: A SZŰRŐVIZSGÁLATOKRÓL – A SZŰRŐVIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE, JOGI SZABÁLYOZÁS

Az életkorhoz kapcsolódó szűrővizsgálatok felsorolását lásd az 51/1997. (XII. 11.) NM rendelet szerint.

Szűrővizsgálat (az 1997. évi CLIV. törvény szerint):

- a szűrővizsgálatok *célja* a lakosság egészségének védelme és az egyén életminőségének, illetve élettartamának növelése a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai – lehetőleg panaszmentes – szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével;
- szűrővizsgálatok a lakosság széles körében életkorhoz kötötten, illetve fertőző megbetegedésekkel kapcsolatosan, valamint egyes idült, nem fertőző betegségekre vonatkozóan az alábbi feltételek együttes fennállása esetén végezhető:
- a szűrt betegség gyakori, illetőleg súlyos egészségkárosító hatását és szűrővizsgálattal panaszmentes szakaszban kimutatható,
- a szűrővizsgálat várhatóan eredményes és egyszerűen kivitelezhető,
- a szűrést követő hatékony terápia alkalmazásának feltételei adottak.

Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok az 51/1997. (XII. 11.) NM rendelet alapján

1. 0–4 napos életkorban:

- a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére,
- b) testtömeg, testhossz, fejkörfogat mérése és a hazai standardok szerinti értékelése,
- c) ideggyógyászati vizsgálat,
- d) csípőficam szűrése,
- e) érzékszervek működésének vizsgálata:
 - hallás vizsgálata,
 - látás vizsgálata,
- f) veleszületett anyagcsere-betegségek:
 - galactosaemia, hypothyreosis, biotinidáz hiány és még számos betegség újszülöttkori szűrése.

2. 1, 3 és 6 hónapos életkorban:

- a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére,
- b) mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése 4 hónapos korig,
- c) idegrendszer vizsgálata,
- d) rejtettheréjűség vizsgálata,
- e) a pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálata,
- f) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás),
- g) testhossz, testtömeg, fejkörfogat mérése, a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése a hazai standardok alapján.

3. *1 éves életkorban és 6 éves életkorig évente*
 - a) teljes fizikális vizsgálat,
 - b) idegrendszer vizsgálata,
 - c) rejtettheréjűség vizsgálata 2 éves korig, herék vizsgálata évente,
 - d) testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerinti mérése), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján,
 - e) a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása,
 - f) érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően és a beszédfejlődés vizsgálata,
 - g) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis),
 - h) vérnyomás mérése 3–6 éves életkor között,
 - i) korai fogászati szűrés és gondozás.

4. *6–18 év között két évente:*
 - a) teljes fizikális vizsgálat,
 - b) a kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele,
 - c) az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítása,
 - d) pajzsmirigy tapintásos vizsgálata 4. évfolyamtól,
 - e) a testmagasság, testtömeg, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése, a nemi fejlődés értékelése,
 - f) pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák feltárása,
 - g) érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően, a színlátás vizsgálata,
 - h) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességekre,
 - i) vérnyomásmérés,
 - j) fogászati szűrés és gondozás.

5. *16 éves korban (a szeptember 1-je és a következő év augusztus 31-e között 16. életévüket betöltők)*
 - a) teljes fizikális vizsgálat,
 - b) a kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele, az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítása,
 - c) a tápláltsági állapot, a szív- és érrendszeri állapotfelmérés,
 - d) testmagasság, testtömeg mérése, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése,
 - e) pszichés, motoros, mentális szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása,
 - f) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás),
 - g) mozgásszervek vizsgálata, különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességekre (tartáshiba, scoliosis),
 - h) vérnyomásmérés,
 - i) pajzsmirigy tapintásos vizsgálata.

A családi anamnézis, a teljes körű fizikális vizsgálat eredményei alapján, amennyiben a szakorvos indokoltnak tartja, célzott vizsgálatok végzése szükséges.

10.2. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: SZAKMAKÖZI ÉS ÁGAZATKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉS INTÉZMÉNYI ÉS SZAKEMBER SZEREPLŐ, AZ ÁLTALUK NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÁSOK A KORAGYERMEKKORI FEJLŐDÉS KÖVETÉSÉBEN, A KORAI INTERVENCIÓBAN

A szöveg Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkorai intervenciók rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja felhasználásával készült. Forrás: Kereki Judit

Ágazatok	Intézmények	Szolgáltatások	Szakemberek
Egészségügyi ágazat	Családvédelmi szolgálat	Családtervezési tanácsadás Ifjúsági tanácsadás Családvédelmi tanácsadás	védőnők
	Gyermekegészségügyi alapellátás Védőnői alapellátási egység	a csecsemők és gyermekek gyógyító-megelőző alapellátása, beleértve a tanácsadást is, szűrővizsgálatok végzése, bölcsődeorvosi ellátás iskolaorvosi ellátás terhes- és csecsemőgondozás	házi gyermekorvos vegyes praxisú háziorvos területi védőnő
	Perinatális/ Neonatális intenzív centrum	koraszülöttek, problémás újszülöttek szűrővizsgálata, születés körüli időszakban létrejött kórállapotok, betegségek ellátása, koraszülöttek és beteg újszülöttek speciális ellátása	neonatólógus gyermek intenzív szakápoló
	Szülészeti osztály	egészséges és patológiás terhesek ellátása, gyermekágyasok ellátása	szülész-nőgyógyász szülésznő
	Újszülöttsztyály	érett újszülötteknél alapvizsgálatok és a kiegészítő vizsgálatok (laboratóriumi, képalkotó, konzíliumok, anyagcsere-vizsgálat) elvégzése	
	Szakorvosok	várandósgondozás speciális szakorvosi vizsgálatok	szülész-nőgyógyász neonatólógus gyermekneurológus fejlődésneurológus gyermekpszichiáter szemész fül-orr-gégész audiológus ortopéd szakorvos egyéb szakorvos
	Gyermek habilitációs, rehabilitációs intézmény	korai diagnosztika, terápia, utánkövetés	gyermek-rehabilitációs szakorvos

Ágazatok	Intézmények	Szolgáltatások	Szakemberek
Oktatási ágazat (Köznevelés intézményei)	Óvoda	integrált nevelés	óvónő
	Pedagógiai szakszolgálati intézmények	<p>Gyógypedagógiai tanácsadás korai fejlesztés, oktatás és gondozás (komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás)</p> <p>Nevelési tanácsadás (segítséget nyújtanak a gyermek családi-, és óvodai [valamint a későbbiekben az iskola) neveléséhez, a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak)</p> <p>Logopédiai ellátás (beszédindítás, a hang-, beszéd- és nyelvfajlódási elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, a diszlexia, a diszortográfia, a diszgráfia, a diszkalkulia kialakulásának megelőzése a beszéd technikai és tartalmi fejlesztését szolgáló logopédiai terápiás foglalkozás)</p> <p>Konduktív pedagógiai ellátás (a központi idegrendszeri sérült gyerekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása)</p> <p>Gyógytestnevelés</p> <p>Óvodapszichológiai ellátás</p>	<p>különböző képzettségű gyógypedagógus (látás-, hallás-, mozgás-, értelmi, illetve beszédfejlesztéssel foglalkozó szakemberek)</p> <p>fejlesztőpedagógus</p> <p>konduktor</p> <p>mozgásterapeuta</p> <p>mozgásfejlesztő szakember</p> <p>gyógytestnevelő</p> <p>pszichológus</p>
	Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)	<p>országos szakértői bizottság (mozgásszervi fogyatékos, az érzékszervi fogyatékos, valamint a beszéd-fogyatékos megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat)</p> <p>megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat – szakértői bizottság (0–3 éves korú gyermekek komplex vizsgálat elvégzése után indokolt esetben sajátos nevelési igényt állapítanak meg, és szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására)</p> <p>tankerületi szakértői bizottság –járási/kerületi pedagógiai szakszolgálat – szakértői bizottsága (3 évnél idősebb gyerekek esetében a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat, a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása és az ehhez kapcsolódó felülvizsgálatok elvégzése, a gyermek iskolába lépéshez szükséges fejlettségének megállapítása)</p> <p>utazó gyógypedagógusi szolgálat, családsegítő szolgálati feladatok, óvodai feladat, egyéb feladat</p>	

Ágazatok	Intézmények	Szolgáltatások	Szakemberek
Szociális ágazat	Falu- és tanyagondnoki szolgáltatás	az aprófalvakban, külterületeken élők számára a település intézményhiányából származó hátrányok enyhítése: pl. szállítás	falugondnok szociális munkás bölcsokei gondozónő gyógypedagógus gyógypedagógiai asszisztens
	Családsegítő szolgálat	elérhető szolgáltatások feltérképezése, a gyermek szükségleteihez igazodó, adekvát szolgáltatásba való eljuttatása, a szülő tájékoztatása az elérhető juttatásokról, a családok anyagi vagy természetbeni támogatása, a család folyamatos ellátásának további nyomon követése	
	Támogató szolgálat	Feladata a fogyatékoság jellegének megfelelően: <i>a)</i> speciális személyi szállítás, szállító szolgálat működtetése), <i>b)</i> az általános egészségi állapotnak és a fogyatékoság jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása, <i>c)</i> információnyújtás, ügyintézés, tanácsadás <i>d)</i> a jelnyelvi tolmácsszolgálat elérhetőségének biztosítása, <i>e)</i> segítségnyújtás a fogyatékos személyek kapcsolat-készségének javításához, családi kapcsolatainak erősítéséhez speciális, önségítő csoportokban való részvételhez, <i>f)</i> egyes szociális alapszolgáltatási részfeladatok biztosítása a fogyatékos személyek speciális szükségleteihez igazodóan, <i>g)</i> segítségnyújtás a fogyatékos emberek társadalmi integrációjának megvalósulásához, valamint a családi, a közösségi, a kulturális, a szabadidős kapcsolatokban való egyenrangú részvételhez szükséges feltételek biztosítása, <i>h)</i> a fogyatékos személy munkavégzését, munkavállalását segítő szolgáltatások elérhetőségének, igénybevételeinek elősegítése.	
	Nappali ellátó intézmény	Elsősorban a saját otthonukban élő, 18. életévüket betöltött, egészségi állapotuk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiénés szükségletek kielégítésére.	
	Fogyatékos személyek otthona	Olyan fogyatékos személy gondozására, akinek oktatására, képzésére, gondozására, csak intézményi keretek között van lehetőség.	
	Gyermekjóléti szolgálat	hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén	

Ágazatok	Intézmények	Szolgáltatások	Szakemberek
Szociális ágazat (folytatás)	Biztos Kezdet Gyerekház	felvállalhatják a korai fejlesztés illetve a korai gondozás/nevelés feladatát	
	Bölcsőde		
	Családi napközi		
	Családi gyermekfelügyelet		
	Házi gyermekfelügyelet		
	Alternatív napközbeni ellátás		
	Gyermekek átmeneti otthona		
	Családok átmeneti otthona		
	Gyermekotthon		
	Területi gyermekvédelmi szakszolgálat		
Gyámhatóság	Pl.: rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre és a hozzá kapcsolódó pénzbeli támogatásra való jogosultság megállapítása		
Egyéb intézmények	Magánellátók Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezete Önkormányzatok Kormányhivatal Rendőrség Bíróság Ügyészség		

10.3. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: A SZAKMAKÖZI (INTERPROFESSZIONÁLIS) EGYÜTTMŰKÖDÉS

A szöveg Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó házi orvosok speciális, választható továbbképzési programja felhasználásával készült.

Szakemberek, kompetenciák

A koragyermekkori intervenció rendszere érinti az egészségügyi, szociális és az oktatási ágazatot, így számos szakember foglalkozik a rendszerbe bekerülő gyermekekkel, családokkal. Ahogy a különböző szakemberek képzése sem egy helyen, hanem egymástól függetlenített képzőhelyeken történik, hasonló módon a gyakorlatban is sokszor egymástól függetlenül dolgoznak, nincsenek tisztában egymás kompetenciáival, feladataival. A szakmaközi együttműködések segítheti, ha nemcsak az ellátórendszer felépítését, hanem a rendszerben dolgozó szakemberek kompetenciáit is ismerjük. Ez a tudás sok esetben megrövidítheti a gyermek útját a rendszerben. A továbbiakban a legfontosabb, a különböző (egészségügyi, szociális, oktatási) területeken dolgozó szakemberek kerülnek bemutatásra.

KONDUKTOR

A konduktorok központi idegrendszeri sérüléssel élő mozgássérült (2–8 éves, 1–4. osztályos) gyermekek konduktív nevelésével foglalkoznak. Feladatuk többek között:

- sajátos nevelést igénylő gyermekek egyéni és csoportos nevelése-oktatása,
- az egyéni képességek megismerése, képességhiányok korrigálása, kompenzálása
- tanácsadás, kapcsolattartás a szülőkkel,
- a tanulási problémákra utaló jelek felismerése, a kompetenciahatárok betartásával azok megfelelő kezelése, szakszolgálathoz irányítása.¹

Annak ellenére, hogy a törvény alapján a konduktorok 2–8 éves, óvodáskorú, valamint 1–4. osztályos gyermekek oktatására-nevelésére alkalmasak, a mindennapi (gyógy)pedagógiai gyakorlatban sokszor találkozunk azzal, hogy a 0–2 éves korosztály konduktív nevelésben is részt vállalnak.

Az egészségügy területén is dolgoznak konduktorok a fekvőbeteg-, és a járóbeteg-szakellátás területén. Itt feladatuk az első tanácsadás, vizsgálat végzése; az érintettek konduktív nevelésének megszervezése, levezetése, a csoport fejlődésének figyelemmel kísérése; különböző programok szervezése. Fontos feladat a kapcsolattartás a hozzátartozókkal, óvodape-

¹ 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

dagógusokkal (pedagógusokkal), gyógypedagógusokkal, gyógytornászokkal, orvosokkal, illetve a sérült gyermekkel foglalkozó más szakemberekkel, intézményekkel.²

Gyógypedagógus

A gyógypedagógusok a szakirányuknak megfelelően végzik a különböző fogyatékos, sérült, akadályozott személyek szakszerű segítését, fejlesztését, nevelését-oktatását, rehabilitációját és rehabilitációját.³

Találkozhatunk gyógypedagógusokkal a gyermekjóléti alapellátásban (bölcsődékben, gyermekjóléti szolgálatokban), vagy a szociális ellátás területén (családsegítés), de akár az egészségügyi intézmények különböző osztályain is.⁴

Az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (oligofrénpedagógus) az értelmileg akadályozott (középsúlyos, súlyos és legsúlyosabb fokú értelmi fogyatékos és halmozottan sérült) gyermekek komplex gyógypedagógiai megsegítését, fejlesztését végzik speciális intézményekben.

A tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (oligofrénpedagógus) a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékos), a tanulási zavarral és tanulási nehézséggel küzdő gyermekek komplex, speciális nevelés-oktatását, fejlesztését végzik speciális intézményekben.

A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (szurdopedagógus) a hallássérült (siket és nagyothalló) gyermekek ellátását végzik speciális, valamint integrált oktatás gyakorlatát folytató óvodákban, köznevelési intézményekben.

A látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok (tiflopedagógus) a látássérült (vak, aliglátó és gyengénlátó) gyermekek komplex, speciális fejlesztésével, nevelésével-oktatásával foglalkoznak a speciális óvodákban, iskolákban, illetve a többségi óvodákba, iskolákban egyaránt.

A logopédia szakirányon végzett gyógypedagógusok (logopédus) a beszéd-, hang- és nyelvi zavarok, a specifikus tanulási zavarok (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia) felismerését, vizsgálatát és a zavarnak megfelelő logopédiai fejlesztését, terápiáját végzik.

A pszichopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok (pszichopedagógusok) foglalkoznak a beilleszkedési, viselkedés- és/vagy teljesítményzavarok felismerésével, kezelésével; a nehezen nevelhető, személyiségzavarokkal küzdő gyermekek gyógyító nevelésével, oktatásával, segítve ezzel az eredményes szocializációjukat.

A szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok (szomatopedagógus) a mozgáskorlátozottak számára fenntartott speciális intézményekben, valamint integrált/

² 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum-feltételekről

³ 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

⁴ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum-feltételekről

inkluzív óvodákba, iskolákba járó mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók fejlesztését, egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációját végzik.⁵

Az autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok az autizmus-spektrum-zavarral küzdő gyermekek komplex fejlesztését, ellátását végzik speciális gyógypedagógiai intézményekben.

Óvodapedagógus

Az óvodapedagógus az óvodáskorú gyermekek nevelését végzi 3 éves kortól egészen a tankötelezettség teljesítéséig. Alapvető feladata a rá bízott gyermekek differenciált nevelése, a gyermekközösségek alapítása, fejlesztése. Munkája során figyelemmel van a gyermek egyéni képességeire, szociokulturális helyzetére. Szorosan együttműködik a szülővel, valamint támogatja az orvost, a védőnőt, és a gyermekjóléti szolgálat munkáját.⁶

Csecsemő- és kisgyermeknevelő

A csecsemő- és kisgyermeknevelő az újszülöttkortól kezdődően a 3–5 éves korosztály ellátását végzi bölcsődékben, csecsemő- és gyermekotthonokban. Munkája során gondoskodik a rá bízott csecsemőkről és kisgyermekről, támogatja az érintett korosztály egészséges fejlődését, szocializációját, valamint segíti a kisgyermekes családok nevelési tevékenységét. Napi munkája közé tartozik a pelenkázás, fürdetés, esetés, gyógyszerek beadása és játékos foglalkozások tartása. A csecsemő- és kisgyermeknevelő ezek mellett alkalmas gondozói, nevelői, közvetítői, képviselői és tanácsadói feladatok elvégzésére is.⁷

Gyógytornász

A gyógytornász az egészségügyi, a szociális ellátás valamennyi szintjén megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munkát végez. Relaxációs technikák, valamint különböző eljárások alkalmazásával oldja a nyaki- és vállövi izomzat feszességét, fájdalmát. Fizioterápiát alkalmaz gerincferdülés, derékfájdalmak előfordulásakor, veleszületett csípőficam, dongaláb, ferde fejtartás esetében célzott izomerősítést, az egyes izomcsoportok feszességének oldását végzi. Szintén a gyógytornász feladata a műtétek utáni mobilizáció, a megfelelő segédeszköz használatának megtanítása, a célzott izomerősítés, a balesetek utáni rehabilitáció a teljes felépülésig. A neurológiai osztályon a mozgásfejlődésben lelassult csecsemők gyógyulását segíti speciális neurorehabilitációs (neuroterápiás) programmal, a környéki idegrendszer sérült esetében fizioterápiát, elektroterápiát végez.⁸

A magzatot ért károsító hatások következtében kialakult tünetek kezelésére alkalmas Kátona-féle neurorehabilitáción (neuroterápián) kívül Bobath-módszert, illetve Dévény-terápiát

⁵ 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

⁶ U. o.

⁷ U. o.

⁸ 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

is alkalmazhat. A családorvos, iskolaorvos javaslatára a kórképnek megfelelő szakambulanciára irányítja a gyermekeket.

Pszichológus

A pszichológus bölcsész végzettséggel rendelkező szakember, aki megfigyeli, tanulmányozza a lelki jelenségeket, törvényszerűségeket, vizsgálja a megismerési folyamat, a gondolkodás, érzelmek stb., illetve az emberi viselkedés természetét. Diagnosztikai tevékenység keretében végezhet többek között személyiség-, teljesítményvizsgálatot, alkalmassági vizsgálatot, szociálpszichológiai felmérést. Egyéni és csoportterápia keretében kezeli a problémákat. Tanácsadói munkájával elősegíti a lelki betegségek megelőzését, a hozzáfordulók életvezetési, pályaválasztási stb. problémáinak megoldását.

A szakirányú végzettségétől függően számos helyen képes hasznosítani ismereteit. Dolgozhat kórházakban, rendelőintézetekben, pedagógiai szakszolgálatokban, óvodákban, iskolákban, korai fejlesztő központokban, családsegítő és gyermekjóléti szolgálatoknál.

A 3 éves alapképzést elvégzők önálló szakmai tevékenységet nem végezhetnek, azonban pszichológus, szakpszichológus felügyeletével szakmai, asszisztensi feladatokat elláthatnak. Pszichológusi oklevelet mesterképzés keretében szerezhhetnek, ennek megfelelően dolgozhatnak pszichológusként olyan területeken, ahol a megelőzés, gyógyítás, utógondozás során a pszichikus tényezők vizsgálata, korrekciója pszichológiai tevékenységet igényel. A pszichológus oklevéllel rendelkezők a későbbiekben további szakképezéseket szerezhhetnek, ez határozza meg, hogy a gyakorlatban mely területen helyezkednek el. Szakosodáskor egészségpszichológiát, pedagógiai pszichológiát, tanácsadó pszichológiát, klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológiát is tanulhatnak.⁹

A klinikai szakpszichológus oklevéllel rendelkezők további képezéseket szerezhhetnek, ennek értelmében foglalkozhatnak pszichoterápiával, neuropszichológiával, igazságügyi klinikai pszichológiával, addiktológiával stb.

Pszichiáter

A pszichiáter olyan orvosi végzettséggel rendelkező szakember, akinek a szakterülete mentális betegségek megelőzése és kezelése. Szakvizsgát követően rehabilitációs szakorvosként, pszichoterapeutaként vagy igazságügyi elmeszakértőként is dolgozhat.

A gyermekkorban előforduló mentális betegségek és kórképek felismerését, gyógyítását, enyhítését, illetve prevencióját gyermekpszichiáter végzi. Gyógyszeres kezelést és/vagy pszichoterápiát alkalmaz. A gyermekpszichiáter ambuláns és osztályos ellátás keretében megvizsgálja, diagnosztizálja és gyógyítja a gyermekkorban előforduló kóros állapotokat. Az egészségügy rendszerén belül a gyermekpszichiáter elsősorban a gyermekgyógyással és a pszichológus-

⁹ 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

sal működik együtt. Az egészségügyön kívül a gyermekjóléti szolgálattal, iskolai egészségügyi rendszerrel, rehabilitációs szervekkel, civil szervekkel és a jogi rendszerrel van kapcsolata.^{10, 11}

Szociális munkás

A szociális munkás jellemző feladatai a nehéz helyzetben lévő személyek, családok felderítése, a probléma feltárása, a probléma megoldására irányuló akciótervek kidolgozása, családgondozás biztosítása, komplex és folyamatos segítségnyújtás, az igényeknek megfelelő szolgáltatások felkutatása, megszervezése. A szociális munkások leginkább a szociális, segítő munkát végző civil, illetve állami szervezetekben, intézményekben (családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok, önkormányzatok szociális osztálya) dolgoznak.¹²

Beszélhetünk kórházi szociális munkáról, az itt dolgozó szociális munkás a válsághelyzetben lévő anyát és gyermekét segíti a szülészeti, nőgyógyászati osztályokon, szorosan együttműködik a kórházi védőnővel. A gyermekosztályokon a gyermekelhanyagolás és gyermekbántalmazás eseteiben jár el, itt szoros kapcsolatot ápol a gyermekjóléti szolgálattal.¹³

Mozgásterápiák, fejlesztő eljárások

Az ellátásra szoruló gyermekek esetében alkalmazott terápiás eljárások, módszerek közül talán a mozgásterápiák tartoznak a legkeresettebbek közé. Magyarországon viszonylag széles körben érhetőek el mozgásterápiás eljárások a szülők, családok számára. A megfelelő terápia kiválasztása nagymértékben függ a gyermek állapotától. Minden esetben fontos, hogy a diagnózist követően a lehető legrövidebb időn belül segítsük hozzá a családokat, hogy eljussanak a megfelelő szakemberhez.

Ma Magyarországon a mozgásterápiák egy része térítésmentesen érhető el az ellátó intézményekben (kórházak, PIC, NIC, Pedagógiai Szakszolgálatok), de számos terápiás eljárás létezik, melyeket a különböző szervezetek, szolgáltatók a szülők számára költségtérítés ellenében kínálnak.

Az alábbiakban a legismertebb és a koragyermekkorai intervenció rendszerében is eredményesen működő eljárások kerülnek bemutatásra, mint a Pető-módszer, a Katona-módszer, a Dévény Speciális manuális technika, Gimnasztika Módszer (DSGM), a szenzomotoros integrációs terápia, a Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (HRG) módszer, és a Tervezett Szenzomotoros Tréning (TSMT).

¹⁰ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 84. §

¹¹ Pszichiátriai szakképzés tematikája, Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika.

¹² 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről, 2. sz. melléklet

¹³ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

A **Katona-módszer** Prof. Dr. Katona Ferenc gyermekneurológus által kidolgozott szenzomotoros neuroterápia, mely az újszülött és a csecsemő már meglévő elemi (felülés, támasz nélküli ülés, kúszás, járás) mozgásmintáira, ezek napi rendszerességgel történő kiváltására épít. A pre-, peri- és korai postnatalis idegrendszeri károsodások kapcsán kialakult állapotok miatt kerülhet sor az alkalmazására. Egy alapos kivizsgálást, majd a pontos diagnózis felállítását követően kezdődhet meg az aktív terápia, mely a család közreműködését is erőteljesen igényli. A szülő megkapja a kezeléshez szükséges feladatok, gyakorlatok leírását, melyeket egy szemléltető oktatás keretében el is sajátít. Eredményt kizárólag a szigorúan előírt kezelési programok betartásával, a folytonosság biztosításával, napi 6 alkalommal, alkalmanként 20-25 perces, összesen 2-4 órás terápiával lehet elérni. Kontrollvizsgálatra havi rendszerességgel kerül sor, ahol a fejlődésnek megfelelően új gyakorlatsorokat és ütemezést kapnak a családok. Katona professzor kiemelten kezeli a védőnővel, a házi gyermekorvossal, házi orvossal való kapcsolattartást. Fontos a minél korábbi felismerés, hiszen a terápia az agy plaszticitásának köszönhetően az első hónapokban a leghatékonyabb. Féléves korig is még jó hatásokkal lehet használni a módszert. A terápiás eljárásban részt vevő gyermekeket és családjukat egészen 2 éves korukig követik figyelemmel.

A **Pető-módszer** a központi idegrendszer sérülése következtében mozgássérültté vált gyermekek számára kialakított konduktív pedagógiai módszer. A Pető-módszer komplex, egységes, meghatározott lépésekből felépített, minőségében folyamatosan bővülő tanulási program, mely a gyermek aktivitására, motiváltságára épül. Célja a gyermek integrálódásának elősegítése, az aktív, cselekvő életre való felkészítése a lehető legrövidebb időn belül. A program ösztönző, dinamikus jellege egyéni és csoportos foglalkozások keretében lehetőséget teremt a gyermekeknek a próbálkozásra, a tapasztalaton keresztül történő tanulásra. A konduktor feladata a megfelelő, strukturált környezet kialakítása, mely ösztönzi a gyermeket a helyzetváltoztatásra, az önellátási szokások kialakítására, a kognitív funkciók fejlődésére.

Magyarországon a Pető Intézet gyermekneurológiai, szakértői bizottsági javaslatra fogad ellátandó gyermekeket, de maguk a szülők is jelentkezhetnek gyermekükkel vizsgálatra. Az első vizsgálat alkalmával a szakemberek áttekintik a gyermek orvosi és szakértői véleményét, majd elvégzik a szükséges vizsgálatokat. Amennyiben a gyermek alkalmas a konduktív nevelésben való részvételre, az intézmény Korai Fejlesztő és Konduktív Gondozó Központja lehetőséget biztosít a komplex nevelésre.

A korai fejlesztés, gondozás során kiemelten figyelnek a manipulációs és játéktevékenység, valamint a beszéd fejlesztésére. Hat-hét hónapos korig egyéni tanácsadás keretében, majd attól idősebb gyermekek esetében csoportos foglalkozásokon zajlik a konduktív nevelés, kétéves korban óvodai előkészítő foglalkozásokat tartanak. Mint minden terápia esetében, ennél a módszernél sem nélkülözhető a család, a szülők együttműködése, közreműködése. A foglalkozásokon a szülő a konduktor irányítása mellett tevékenyen részt vesz a gyermek terápiájában.

A Szülők Iskolája havi rendszerességgel, konzultáció formájában ad lehetőséget a vidéken élő, központi idegrendszeri sérült (0-6 éves) gyermekeket nevelő szülők és családok részére a Pető-módszer használatára. A szülők a gyermekeikkel együtt vesznek részt az egyéni, vagy csoportos foglalkozásokon, és az ott elhangzottak figyelembevételével nevelik otthon gyermeküket. A Pető Intézetben képezik a konduktív neveléssel-oktatással foglalkozó szak-

embereket, a konduktorokat. Az országban dolgozó konduktorok listája az intézmény honlapjáról elérhető.

A Dévény Speciális manuális technika – Gimnasztika Módszer (DSGM) terápiás eljárást Dévény Anna dolgozta ki a szülés közben oxigénhiányt szenvedett, a méhen belüli tartási rendellenességekkel született; ortopédiai betegségekben szenvedők, valamint traumatológiai sérültek számára. A terápia az izom-, és ínzsugorodások megelőzésével, megszüntetésével, fellazításával, az izomzat kóros helyzetének normalizálásával foglalkozik.

A korai felismerést és diagnózist követően a gyermek mielőbbi terápiás kezelése hozhat eredményt. Ez a terápia a legtöbb korai fejlesztésben alkalmazott terápiával ellentétben nem igényli a szülő otthoni tevékenységét.

Döntő fontosságú a terápia időben történő megkezdése, a csökkent izomtónusú (hypoton) csecsemőknél legkésőbb 12, a fokozott izomtónusú (spasztikus) csecsemőknél legkésőbb 5 hónapos korig kell megkezdni a kezelést. A DSGM-kezeléseket kísérheti bizonyos fokú fájdalom, mely az állapot javulásával csökken.

A szenzoros integráció terápia a szenzoros integráció fogalmára épül: arra a folyamatra, amelynek során az érzékleti ingerek felhasználási céljuknak megfelelően értelmes jelentéssé szerveződnek. A terápiában részt vevő gyermekek a számukra felkínált játékok, mozgásos tevékenységek közben döntően saját maguk találhatnak rá azokra a mozgásmintákra, melyek segítik az idegrendszeri folyamatok éérését, szükség esetén az újrastrukturálódását.

A módszer A. J. Ayres, amerikai neuropszichológus nevéhez és úttörő munkásságához köthető, és ma már hazánkban is számos helyen alkalmazzák az egészségügyi és pedagógiai feladatokat ellátó intézményekben egyaránt.

A terápia során a gyermekek szabadon választhatnak a rendelkezésre álló, egyensúlyi és tapintásos érzékelést fejlesztő eszközökből (hinták, gördeszkák, hálók, hengerek) és kipróbálhatják, saját ötleteik alapján használhatják azokat. A terápiás foglalkozások felszabadult, örömteli játékot jelentenek a gyermekek számára, tehát nem egy felülről irányított, erősen ütemezett eljárásról van szó. A terapeuta mintegy segítő, támaszt nyújtó partnerként van jelen a terápiás folyamatban, feladata a biztonságot adó környezet megteremtése a gyermek számára. Figyelemzavarral, hiperaktivitással, tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek esetében alkalmazzák leggyakrabban, de intellektuális képességzavarral küzdő, vak, mozgás-sérült és autista gyermekek korai fejlesztésében is sikeres terápiás módszer. Fejlesztő célzatú felhasználása mellett a módszer pszichoterápiás kiaknázása hazai bevezetésének kezdetétől gyakorlattá, és a nevelési tanácsadás hálózatában elérhetővé vált.

A Bobath-módszer (NDT – Neuro Developmental Treatment) a központi idegrendszeri károsodott (cerebral paresis /CP) gyermekek fejlesztésére kidolgozott terápiás módszer.

A módszer középpontjában az izomtónus normalizálása áll, célja a normál testtartás kialakítása a megfelelő reflexmechanizmusok helyreállításán keresztül.

A módszer alapelvei közé tartozik, hogy a gyermek erősségeire alapoz, így a terápia nem követi szigorúan a mozgásfejlődés állomásait, hanem a gyermek igényeihez, képességeihez igazodik. A korrekció a mozgástervezés, mozgáselindítás és megtartás, a motiváció, a moz-

gásélmény, a tapasztalat és a változó környezethez való alkalmazkodás figyelembevételével történik. A kezelés során a gyermek aktív résztvevője a terápiás folyamatnak.

Alkalmazásával jól kezelhetővé válnak a mozgásbeli zavarok, tartási, egyensúlyi, mozgási nehézségek, hipo- és hypertonia, a gyermek állapotának függvényében más terápiákkal, eljárásokkal kiegészítve is hatékonyan alkalmazható.

A HRG (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika) módszer egy olyan rehabilitációs eljárás, mely vízben végezhető mozgásos feladatokon keresztül az idegrendszer kéreg alatti szabályozására hat. A víz állandó stimuláló hatása, a megfelelő sorrendben és ismétlésszám-ban végrehajtott mozgásfeladatok segítik az izomlazítást, a megfelelő tartás kialakulását, a mozgás-összerendezését.

A terápiát azoknak a 0–7 éves korú gyermekeknek ajánlják, akik motoros (szopási, nyelési nehézség; kóros együttmozgások, szem-kéz koordináció, mozgásfejlődés nem megfelelő), pszichés-kognitív (észlelés, érzékelés, figyelem gyengesége), vagy szociális (kötődési probléma, dührohamok, kiszámíthatatlanság, érzelmek megosztásának, felfogásának hiánya) funkciók területén mutatnak elmaradást.

A HRG-tréningek a vizsgálat során kapott adatok figyelembevételével kerülnek megtervezésre, így az életkor, a nem és a hasonló problémák alapján szerveződött HRG-csoportokban a saját fejlődési tempó alapján haladhat a munka. Bár fontos a folyamatosság és a magas ismétlésszám, a szülők bevonása a terápiába kimondottan a kontaktórák alkalmával történik meg, a foglalkozásokon a szülők maguk is aktívan részt vesznek és közösen tevékenykednek gyermekükkel. A vizes terápia heti egy alkalommal szárazföldi terápiás órával egészül ki.

A TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning) szárazföldi tréning azoknál a gyermekek-nél alkalmazható, akik különböző problémák (allergia, légúti fertőzés) miatt nem vehetik igénybe a vízhez kötött HRG-terápiát. A TSMT-fejlesztések célja a kéreg alatti idegrendszeri szabályozás folyamatainak a normalizálása.

A kidolgozott mozgásos feladatok megfelelő alapot biztosítanak arra, hogy a folyamatos és intenzív munka a HRG-vel azonos eredményt tudjon produkálni. Az összeállított gyakorlatsorokat több héten keresztül kell az előírásoknak megfelelően végezni, majd a kontrollvizsgálat keretében kerül sor az ellenőrzésre. A gyakorlatok a szülők számára is megtanulhatóak, így otthon, home training keretei között is végezhetőek.

TSMT rendszerén belül került kidolgozásra egy feladatcsoport a figyelem, irányíthatóság területén gyengébben teljesítő, valamint hiperaktív gyermekek számára, mely már 1-1,5 éves kortól is alkalmazható. Az erre a területre kidolgozott gyakorlatok a térbeli tájékozódás, a figyelem jobb irányíthatósága, a lateralitás kialakulásának elősegítése mellett a sorrendiséget, a ritmusérzék, valamint a motoros kreativitás fejlődését is elősegítik.

Az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára kidolgozott terápiás eljárások

Az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek esetében a mielőbbi diagnózis, majd az azt követő terápia, speciális fejlesztés megkezdése szintén létfontosságú, hiszen ez meg-

előzheti a kóros viselkedésformák kialakulását. Az időben megkezdett terápia hatására az intézményes nevelés megkezdésekor a gyermek már rendelkezhet önmaga és a környezete számára is jól használható kommunikációs eszközökkel, valamint a sikeres beilleszkedéshez szükséges viselkedéselemekkel.

Autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára ma Magyarországon számos olyan kipróbált fejlesztési módszer, terápia áll rendelkezésre, melyek segítségével a tünetek enyhíthetőek. A gyermek a már meglévő erősségeire támaszkodva a gyengébben működő területeket képes megtanulni kompenzálni. A terápiák alkalmazásakor minden esetben figyelembe kell venni az egyéni sajátosságokat, igényeket. Az eredményesség feltétele a korai felismerés, és az alkalmazott módszer, terápia mielőbbi megkezdése, valamint a rendszeres, minél magasabb (heti 15-20 óra) óraszámú történő végzése. Mint minden terápiás eljárás esetében, az autizmus spektrum zavarnál is fontos a család bevonása, nemcsak az otthoni munka, hanem a kontaktórák alatt is. Számos terápiás eljárás létezik, melyek között található tudományosan igazolt és nem igazolt, sőt egészségre ártalmas hatású is, így mindenképpen megfelelő szakemberhez kell irányítani a családot.

A **TEACCH (Treatment Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children–Autisztikus és azzal összefüggő kommunikációs fogyatékossgot mutató gyermekek oktatása és kezelése) program** célja az autizmuspektrum-zavarral élő gyermekek viselkedésproblémáinak csökkentése, valamint az önállóság kialakítása, fejlesztése. A terápia során egyéni foglalkozások keretében viselkedés- és kognitív eljárásokat alkalmaznak (megfigyelés, tanulás, általánosítás). A program készségorientált, és egész életen át tartó fejlesztést jelent, de az eredményesség feltétele a korai felismerés és a terápia mielőbbi megkezdése.

A gyermek megfigyelése alapján az ő szükségleteihez kialakított, adaptált környezetben világosan, vizuálisan is elkülönülnek a különféle tevékenységekre (játék, etetés...) használt területek. Így maga a látvány segíti az érintett gyermeket az egyes területek funkciójának értelmezésében, és az ennek megfelelő viselkedésmód kialakításában. A program emellett szintén egyénre szabott vizuális környezeti támpontok kialakításával, alkalmazásával is dolgozik. Az autizmuspektrum-zavarral élők könnyebben értelmezik a látható információkat, számukra fontos a konkrét, egyértelmű vizuális támpontok elhelyezése a környezetükben. Ilyen például a napirend használata, mely képek segítségével jeleníti meg a napi tevékenységek sorrendjét. A terápia erőteljes szülői bevonással dolgozik.

Az egyáltalán nem, vagy csak nagyon keveset beszélő autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára kifejlesztett módszer a **PECS (Picture Exchange Communication System – Képkártyacserés kommunikációs rendszer)**. Lényege egy augmentatív kommunikációs rendszer (a kommunikáció pótlására szolgáló rendszer) kialakítása képkártyák segítségével. Célja, hogy a gyermek és az őt körülvevő környezet között hatékony kommunikáció alakuljon ki. A módszer és az alkalmazás során használatos eszközök segítségével a gyermekek motiváltakká válnak a kommunikációra. A szülő bevonásával kiválasztásra kerülnek azok a tevékenységek, melyeket a gyermek szívesen végez, vagy azok a tárgyak, melyeket szeret használni, amivel szívesen játszik. A tárgyakhoz, tevékenységekhez képeket, piktogramokat rendelnek, majd a folyamat során a gyermek megtanulja, hogyan cserélheti el az adott képkártyák az áhított tárgyra, vagy tevékenységre. Ennek a technikának nagy

előnye, hogy a kommunikációhoz nem kell megszólalni, nem kell szemkontaktust felvenni, elegendő, ha a képet a másik fél kezébe adja. Ha a tevékenység a közvetlen környezetben lévőekkel már működőképes, akkor más szituációban elkezdődhet a képek használatának általánosítása. Az időben megkezdett tréning elősegítheti a beszéd kialakulását.

Az **ABA (Applied Behavior Analysis – alkalmazott viselkedéselemzés)** egy gyermekközpontú, a gyermek motivációjára épülő viselkedésterápia autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek számára. A módszer célja készségfejlesztés mellett a helyes viselkedés kialakításának elősegítése pozitív megerősítés által, és a nem megfelelő viselkedés leépítése a jutalom megvonásával. Maga a jutalom, annak formája az érintett gyermek személyiségének, életkorának, valamint motivációjának függvénye. A folyamatos megerősítés, jutalmazás, valamint a különböző nehézségű gyakorlatok váltakozása elősegíti a figyelem fenntartását.

A módszer sikerét nagymértékben befolyásolja a korai felismerés, a család együttműködése, a rendszeres, legalább napi 5-6 órás foglalkozás, mely pontosan kidolgozott menetrend szerint zajlik. A terápia egyrészt intenzív („tantermi, asztali”) tanítást, tanulást jelent, ami mellett kreatív tevékenységek is szóba jönnek; másrészt hangsúlyt helyez a természetes környezetben való eligazodásra is.

Az érzékszervi fogyatékoságokhoz kapcsolódó terápiás eljárások

A mozgásterápiás, valamint az autizmus spektrum zavarhoz kapcsolható eljárások után érdemes még szót ejteni az egyes érzékszervi fogyatékoságokhoz (látás, hallás, beszéd) köthető terápiákról, fejlesztési eljárásokról.

Hallásnevelés a hallássérült gyermekek fejlesztésére kidolgozott eljárás. Főleg azoknál a gyermekeknél alkalmazzák, ahol a hallássérülés még a beszéd kialakulása előtti időszakban lépett fel. A hallásnevelés célja a még megmaradt hallásmaradványra támaszkodva az akusztikus érzékelő- és differenciáló készség fejlesztése, ezáltal a beszédhangokra épülő kommunikáció kialakításának segítése. A módszer alkalmazásának feltétele, hogy a hallássérült gyermek rendszeresen viselje a hallókészülékét, hiszen így juttatható hozzá minél több hangélményhez. A terápiás eljárás során az akusztikus érzékelés fejlesztése, az auditív figyelem felkeltése, a lokalizáció és távolsági hallás fejlesztése, valamint az auditív emlékezet fejlesztése egyaránt fontos szerepet játszik. Mivel a korai fejlesztés fő célja a természetes kommunikációs helyzetek megragadása (játék, fürdetés, tisztába tevés, etetés...), így a fejlesztés során lényeges szerep jut a szülőnek, hiszen ő tölt a legtöbb időt a gyermekével. A hallássérült gyermekekkel foglalkozó gyógypedagógus. (hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus – szurdopedagógus) fontos feladata a szülő bevonása, aktívvá tétele a hallásnevelés folyamatában. A heti rendszerességgel történő találkozások alkalmával a gyógypedagógus nem csak a gyermekkel foglalkozik, hanem a szülőt is felkészíti, hogyan foglalkozzon a gyermekével.

A **hallástréning** azoknál a hallássérült gyermekeknél alkalmazható, akiknél a hallássérülés a 3-4. életév, tehát a beszéd kialakulását követően jött létre. A tréning a már kialakult

beszédre épít, célja, hogy különböző gyakorlatok által mozgósítsa a már kialakult és meglévő akusztikus emlékképeket, ezáltal megakadályozva a beszéd visszafejlődését. Ebben az esetben is fontos a gyermek szükségleteihez igazított, megfelelően beállított hallókészülék rendszeres viselése.

Hangolódás (Sound Foundation for Babies 2010; Cochlear Ltd & Cheryl L. Dickson) program egy 40 héten át tartó, a cochleáris implantáción (CI) átesett hallássérült gyermekek otthoni fejlesztéséhez kidolgozott és magyar nyelvre adaptált program. A program kimonodottan a szülőknek, nagyszülőknek szól, de természetesen használhatják a hallássérült gyermekekkel foglalkozó szakemberek is. Egyszerű, könnyen érthető nyelvezete, „lépésről lépésre” haladás biztosítása útmutatást nyújt abban, hogyan lehet dolgozni a gyermekkel az első évben. A programban megcélzott fejlesztési területek: a hallásfigyelem, a beszédértés, a beszédprodukció, a beszédkiejtés fejlesztése.

A program nem csak a CI műtéten átesett, hanem a hallókészüléket viselő hallássérült gyermekek fejlesztésére egyaránt alkalmazható. A program az össze, hallássérült gyermekeket oktató-nevelő intézményben hozzáférhető a szülők, szakemberek számára.

A **látásnevelés** a látássérült gyermekek korai fejlesztésének, gondozásának lényeges eleme. Célja az agykérgi ingerfeldolgozásra hatást gyakorolva a szem működésének javítása, a meglévő látásmaradvány kihasználása.

A látásnevelés során kiemelt figyelmet kap a vizuális megfigyelő- és megkülönböztető képesség, a vizuális emlékezet, valamint a vizuális képzelet fejlesztése. Fontos célja a működő funkciók szinten tartása, javítása a látás működési funkcióinak a gyakoroltatásával. A tréning a szervezet regenerációs képességére épít, segítségével a látás romlása késleltethető, illetve egyes esetekben javulás érhető el. A korai fejlesztés a szülő aktív közreműködésével valósul meg, a gyermek számára sok látási ingert (fény, szín, kontrasztok) kell biztosítani.

A **beszéd területén** elmaradást mutató gyermekek fejlesztése logopédiai feladat. Amennyiben a gyermek ép hallás, ép értelem mellett 3 éves kor után sem beszél, akkor megkésett (akadályozott) beszédfejlődésről, illetve újabb terminológiával nyelvfejlődési zavarról beszélhetünk. Természetesen ennek a jelei már korábban (1 éves Természetesen ennek a jelei már korábban (1 éves kor körül) is mutatkoznak: a kevesebb gagyogás, színtelenebb hangadás, az első szavak megjelenése késik. A beszédfejlődés késésének hátterében genetikai okok, szülési sérülés, motoros ügyetlenség, a nem megfelelő beszédmintát nyújtó (ingerszegény) környezet is állhat. A beszéd- és nyelvi fejlődési késés gyanújának korai észlelése (2–2,5 év között), a mielőbbi szakszerű kivizsgálás és az időben megkezdett fejlesztés biztosítja a további elmaradások kialakulásának csökkentését.

A megkésett beszéd indítása **logopédiai terápia** keretében történik, mely komplex gyógy-pedagógiai-pszichológiai szemléleten alapul. Komplex logopédiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatot követően kell dönteni a terápia megkezdésének időpontjáról, intenzitásáról. A megkésett beszédfejlődés javításának célja, hogy gyermeket mielőbb képessé tegye a beszéd befogadására, feldolgozására, valamint a kommunikációra. A terápia során a beszéd és a nyelv; a mozgás, a gondolkodás, a figyelem és az emlékezet fejlesztése áll a középpontban.

A terápia erőteljes szülői bevonódást, együttműködést igényel, hiszen az egyes gyakorlatok otthon, home training formájában végezhetőek. Logopédiai terápiát ma pedagógiai szakszolgálatok, valamint a korai fejlesztő központokban dolgozó logopédusok végeznek.

Egyéb, koragyermekkoriban alkalmazott terápiás eljárás, fejlesztő módszer

A **Snoezelen terápia** célja a gyermekek érzékelő rendszerének több irányból történő stimulálása, a saját test megtapasztalásának elősegítése taktilis, kinezetikus ingereken keresztül. A terápia egy erre a célra kialakított szobában, terápiás környezetben valósul meg, mely különböző fény-, aromaterápiás eszközökkel, vízágygal, hang- és fénytechnikai berendezésekkel van ellátva. Így a terápiás eljárás részét képezik a víz- és buborék oszlopok, a tapintó- és tükörfal, sőlámpák, fény/tükörgömbök, párologtatók, falra vetített vizuális effektusok, hangingerek. A nyugalmat, biztonságot nyújtó légkör az érzékelés, és észlelés fejlesztése mellett, feszültségoldó hatással is bír.

Bár a Snoezelen terápiát eredetileg halmozottan fogyatékos fiatalok számára fejlesztették ki a 70-es években Hollandiában, ma már minden korosztály számára elérhető. Hazánkban szinte minden korai fejlesztéssel foglalkozó intézményben található terápiás szoba. Sikeresen alkalmazható spasztikus parézissel élő mozgáskorlátozott gyermekeknél, ahol a különböző vizuális-, hang és vízágy által biztosított nyomás effektusok nagymértékben segítik a görcsös izmok ellazulását. Autista gyermekek esetében a nagy mennyiségű inger elősegítheti a saját, zárt világból való kilépést, a terápia újabb kommunikációs csatornákat is megnyithat.

A **zeneterápia** az egész személyiségre ható eljárás, mely hatást gyakorolhat nem csak a fizikai, hanem a szociális, mentális, kognitív és az emocionális területekre egyaránt.

Alkalmazási területei között megtalálható a megelőzés, a gyógyítás, és a rehabilitáció egyaránt. A gyógypedagógia területén a sérült funkciók korrekációjában használhatjuk a zeneterápiás eljárásokat. Ennek megfelelően széles körben alkalmazzák neurológiai osztályokon, gyermekgyógyászatban, családsegítő központokban, gyermekjóléti szakszolgálatokban, korai fejlesztő központokban. Hatékony segítséget nyújthat a korai anya-gyermek kötődésre irányuló terápiákban, feszültség levezető, agresszióoldó hatása van. A terápia során használt eszközök ingergazdag környezetet biztosítanak a gyermekek számára, fejlesztik a szem-kéz koordinációt, a finommotorikát. A zeneterápiát képzett szakemberek, zeneterapeuták végzik.

A **Kokas-módszer** az egész személyiségre gyakorol hatást a mozgással egybekötött éneklésen, zenei átéléseken keresztül. Az ének-zenei alapú komplex művészetpedagógiai foglalkozások lehetőséget biztosítanak az önkibontakoztatásra, az élményszerű foglalkozásokon megszerzett tapasztalatok segíthetik a későbbi intézményes tanuláshoz szükséges elemi alapképességek megszerzését.

A módszer nem köthető konkrétan egyik életkori szakaszhoz sem, már hasznos lehet a magzat számára is a prenatális korban, a perinatális szakaszban akár mindkét szülő részt vehet a foglalkozásokon; családi prevencióként is működhet.

A Kokas-módszer eredményessége – miután a részvétel önkéntes, és tekintettel van a gyermek sajátütemű fejlődésére – egyénenként változó. Van, akinél a csoportos foglalkozások kezdetén is tapasztalható változás a viselkedésben, van, akinél hosszabb időnek kell eltelnie, mire a módszer a hatását kifejti.

A módszer eredményes a még nem, vagy a már diagnosztizált fejlődési eltérések esetén is, így pl. beilleszkedési, magatartási problémák; figyelemzavar; tanulási nehézségek és részkepesség zavarok; hiperaktivitás; autizmus spektrum zavar; mozgáskorlátozottság, vagy hallássérülés esetén is.

A koragyermekkorban a zenei mozgásra alapozó módszer fejleszti a nagymozgásokat, a finommotoros koordinációt (rajzolás, festés), valamint a testsémát, az irányváltások hatásával vannak az egyensúlyozás képességére. A foglalkozások motiválják a hangadás képességét, segítik a beszédindítást, fejlesztik a nyelvi kifejező készséget. A komplex Kokas program a dalszövegek spontán megtanulásán, a zenei figyelem fejlesztésén, a jelenetek történetbe illesztésén keresztül pozitív hatást gyakorol a kognitív képességekre is. A csoportfoglalkozások sorozata fejleszti a szociális képességeket, az együttműködési készséget, a társas viszonyulást, valamint a kreativitást. A Kokas-módszer gyakorlata a Kokas Klára Agape Zene-Életöröm Alapítvány képzésein sajátítható el.

Végezetül egy kimondottan kórházi ellátáshoz kapcsolódó, közvetlenül a baba születését követően alkalmazható módszer kerül ismertetésre, mely nálunk is kezd elterjedni, és a korai fejlesztés, gondozás talán legelső állomását képviseli.

A **Kenguru-módszer** (KMC – kangaroo mother care) két gyermekorvos (Rey és Martinez) nevéhez fűződik, akik olyan esetekben alkalmazták a módszert, amikor a koraszülött gyermekek számára nem állt rendelkezésre inkubátoros ellátás. A módszert elsősorban kis súllyal született koraszülött gyermekek ellátására fejlesztették ki, de természetesen bárki számára alkalmazható.

A módszer alapjául az ausztráliai óriás kenguruk szolgáltak, akik újszülöttjeiket több hónapon keresztül az erszényükben hordozva nevelik, mialatt a kis kenguru súlya egészen 2-4 kilogrammig növekszik.

Lényege, hogy a koraszülött babát nem választják el az anyától a szülést követően, hanem a baba állapotának stabilizálását követően rögtön az anya mellkasára helyezik, így folyamatos bőrkontaktus van a baba és az anya között. Mindössze egy nyugodt környezetet biztosító szobát kell az anya és a baba rendelkezésére bocsájtani. Előnyei között szerepel, hogy a baba testhőmérséklete hamarabb stabilizálódik, játékos hatással van az anyagcsere működésre, valamint a szoptatásra, segíti az anya-gyermek között kialakuló kötődést. Kimutatták, hogy a Kenguru-módszerrel kezelt babák kevesebbszer kaptak kórházi fertőzést, a kórházban való tartózkodás ideje is lerövidül, valamint a későbbiekben is ritkábban kerülnek vissza az ellátórendszerbe.

Természetesen a koraszülött állapotától függ, hogy a módszer mikor kezdhető meg, de kórházi ellátás keretében is alkalmazható (napi két alkalommal 3-4 órán keresztül), akár úgy is, hogy az ellátáshoz feltétlenül szükséges orvosi gépekre, műszerekre van kapcsolva a gyermek.

Komplex gyógypedagógiai fejlesztés elsősorban az eltérő fejlődésű gyermekek ellátását jelentő rehabilitációs-rehabilitációs foglalkozások keretei között. A foglalkozások célja a testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- és egyéb fogyatékoságból, az autizmus spektrum zavarából fakadó elmaradások, eltérések korrigálása.

A gyermekek ellátása egyéni fejlesztési terv alapján történik, mely a gyógypedagógiai-orvosi-pszichológiai komplex vizsgálat diagnózisára, valamint a fejlesztést végző gyógypedagógus kiegészítő vizsgálataira épül.

A komplex gyógypedagógiai fejlesztés a gyermek erősségeire, meglévő képességeire alapozva magába foglalja a különböző fejlődési területek fejlesztését, így komplex módon kerül sor a motoros képességek, a kognitív képességek (érzékelés-észlelés, figyelem, emlékezet), a kreatív képességek, a kommunikációs készségek, a szociális készségek fejlesztésére.

A gyermekek egyéni szükségleteinek figyelembevételével, egyéni és kiscsoportos foglalkozások (max. 6 fő) keretei között, játékos módon, a gyermek aktív tevékenykedtetésére építve zajlik. A foglalkozások súlypontja a fogyatékoság típusának, súlyosságának függvényében az egyes fejlesztendő területek irányába eltolódhat.

A komplex gyógypedagógiai fejlesztés részét képezhetik a különböző terápiák, fejlesztési eljárások, és sérülés specifikus módszerek.

A **Sindelar program** kiscsoportos gyakorló-, vagy egyéni tréningprogram keretei között tanulási és viselkedési zavarok hátterében álló, a diszharmonikusan működő részképességek korrigálásával nyújt segítséget elsősorban az óvodáskorú, valamint az iskolát kezdő, 5-7 éves gyermekek számára. A részképesség-gyengeség okozta tanulási zavar, majd a későbbiekben esetlegesen kísérelő tünetként megjelenő magatartászavar kezelésére alkalmazható. A szakember által elvégzett vizsgálóeljárást követően kerül sor a fejlesztési stratégia felállítására. Az összeállított, pontosan meghatározott gyakorlatokból álló program a szülők, valamint intézményes nevelés esetén az óvodapedagógusok (pedagógiai, gyógypedagógiai asszisztensek) bevonásával történik. A program hatékonysága a rendszerességben rejlik: naponta minimum 10 percet vesz igénybe a feladatok végrehajtása. A szakember bizonyos időnként megfigyelés, tanácsadás keretei között kontrollálja a fejlesztési folyamatot. A fejlesztés ajánlott időtartama egy év. Ma számos, a Sindelar programot segítő gyakorlóanyag van forgalomban, mely segíti a terápiát végző szakemberek, szülők munkáját.

Felhasznált irodalom

Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenciók rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó házi orvosok speciális, választható továbbképzési programja. – Hallgatói Jegyzet. TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0-7 év) program. GYEMSZI.

A Felhasznált irodalom forrásai

„Szakmai munka minőségi fejlesztése a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Fogyatékos Személyek Nappali Intézményeiben”c. projekt megvalósítása és eredményei. OFA Beszámoló, 2010. www.maltai.hu
A Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kolégiuma, Előkészítő Szakiskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete. Pedagógiai Program.

- (http://www.peto.hu/iskola/index.php?option=com_content&view=article&id=110:pedagogiai-program&catid=40:dokumentumok (letöltés dátuma: 2013. 12. 05.)
- Antoni G., Feketéné, P. B. et al (2010) Helyi Óvodai Nevelési Program. Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma, Előkészítő Szakiskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete, Budapest
- Balázs, A. (2000) Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In Illyés, S. (szerk.) Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE-BGGYFK, Budapest, pp.631 – 654.
- Bittera, T. – Juhász, Á. (2002) A megkésített beszédfejlődés terápiája. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Buzási, M. et al (2010) A zeneterápia. <http://zeneterapeuta.webnode.hu/zeneterapia/> (letöltés dátuma: 2014. 01.23)
- Csányi, Y. (1998) A hallás – beszéd nevelése. BGGYTF, Budapest
- Csávás, D. (2007) A Bobath módszer. ELTE-BGGYFK, Budapest
- Deszpot, G. (2014) Zeneöröm kisgyermeknek. A Kokas-módszer komplex személyiségfejlesztő lehetőségei az óvodában és a korai életszakaszban. Óvodai nevelés 2014/3. sz.
- Dóla, T., Fehérené, K. A. (2013) A gyermek NDT – a Bobath-szemlélet mint komplex kezelés. In *Fizioterápia* 2013./4. sz. pp. 8-12.
- Hári, M. (2000) Konduktív nevelés az óvodában és az iskolában. In Illyés, S. (szerk.) Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE-BGGYFK, Budapest, pp.563-571
- Havasi, Á. (szerk.) (2003) Vizuális segítség autizmussal élő személyek kommunikációjának fejlesztésében. FSZK, Budapest <http://mek.oszk.hu/10600/10681/10681.pdf> (letöltés dátuma: 2013. 12. 04)
- Hulsegge, J., Verheul, A. (2001) Snoezelen. Eine andere Welt. Lebenshilfe-verlag Margburg.
- Kapitány, I. (2012) Iránytű szülőknek diagnózis után. Diagnosztizáló intézmények, terápiák. AOSZ, Budapest.
- Kovács, K. (2000) Látássérült gyermekek az óvodában és az iskolában. In Illyés, S. (szerk.) Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE-BGGYFK, Budapest pp. 461-503.
- Lakatos, K. (1998) Korai vízi fejlesztés a HRG-módszer alkalmazásával. In Csanádi, G. (szerk.) Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe. pp. 223 – 232.
- Lakatos, K. (2000) Korai egyéni és kiscsoportos fejlesztés 1992-1999 között. Fejlesztő Pedagógia, 4-5, 101 – 118.
- Lakatos, K. (2008) A 0-2-3 éves korban alkalmazható egyéni szárazföldi Tervezett Szenzomotoros Tréningek (TSM-T-I.) bemutatása a BHRG Alapítványban. Fejlesztő Pedagógia. 2, 19-29.
- Lukács, Sz. (2013) Hangalapozás kisbabáknak – CI műtét utáni hangalapozás terápiás programjának bemutatása. MAGYE Konferencia. 2013. június 20-22.
- Mesterházi, Zs. (1998) A nehezen tanuló gyermekek iskolai fejlesztése. BGGYTF, Budapest
- Sedla, F.-Sindelar, B (1993) „De jó, már én is tudom!” Óvodáskorú és iskolát kezdő gyermekek korai fejlesztése. A tanulási zavart okozó részképesség-gyengeségek felismerése és terápiája óvodáskorban és iskolát kezdő gyermekeknél. BGGYTF. Budapest.

Kapcsolódó kiegészítő feladat

A szöveg Kereki Judit: „Majd kinövi (?)”- Koragyermekkori intervenciós rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzési programja felhasználásával készült.

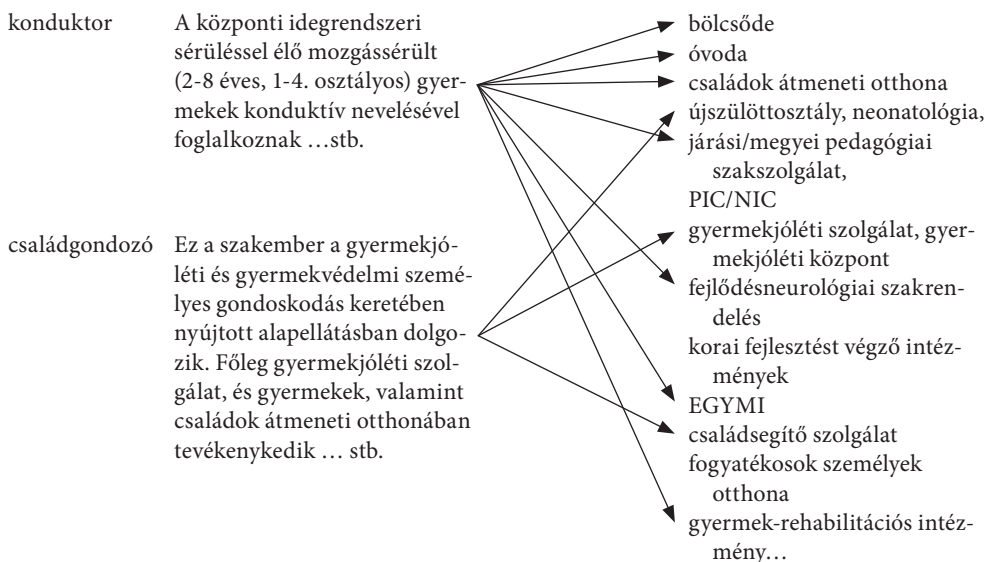
Szakemberek, kompetenciák feldolgozása kompetencia leírások – szakemberek – intézménymegnevezések segítségével.

Minden csoport kap egy borítékot, mely tartalmazza a szakember „csíkokat”, a hozzátartozó kompetencia leírásokat, az intézmények nevét, ahol dolgozhat. Feladat: a megfelelő szakemberhez a megfelelő kompetencia leírások, valamint a megfelelő ellátási helyek, intézmény(ek) társítása. A fogalom-, szócsíkok rendszerszerű elrendezése/felragasztása egy flip chart papírra. Amennyiben a résztvevőknek van ismerete, tudása további ellátási helyszínekről, egészítsék ki a táblát a saját tapasztalataiknak megfelelően.

Fontos szempont, hogy egyértelműen látszódjon, melyik szakember milyen kompetenciával rendelkezik, és milyen lehetséges ellátási helyeken dolgozhat.

Egy-egy szakember több ellátási helyen is megjelenhet, így javasoljuk, hogy az ellátási helyszíneket filctollal kapcsolják össze a megfelelő szakemberrel.

pl.:



Megoldás:

Szakemberek	Kompetencia leírása
gyógypedagógus	Ezek a segítő szakemberek a szakirányuknak megfelelően végzik a különböző fogyatékos, sérült, akadályozott személyek szakszerű segítségét, fejlesztését, nevelését-oktatását, komplex habilitációját- és rehabilitációját.
szurdopedagógus	A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus a hallássérült (siket és nagyothalló) gyermekek ellátását végzik speciális, valamint integrált oktatás gyakorlatát folytató óvodákban, köznevelési intézményekben.
logopédus	A logopédia szakirányon végzett gyógypedagógusok a beszéd- hang- és nyelvi zavarok, a specifikus tanulási zavarok (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia) felismerését, vizsgálatát és a zavarnak megfelelő logopédiai fejlesztését, terápiáját végzik.
szomatopedagógus	A szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok a mozgáskorlátozottak számára fenntartott speciális intézményekben, valamint integrált/ inkluzív óvodákba, iskolákba járó mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók fejlesztését, egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációját végzik

Szakemberek	Kompetencia leírása
oligofrén-pedagógus	<p>Az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus az értelmileg akadályozott (középsúlyos, súlyos és legsúlyosabb fokú értelmi fogyatékos és halmozottan sérült) gyermekek komplex gyógypedagógiai megsegítését, fejlesztését végzi.</p> <p>A tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékos), a tanulási zavarral és tanulási nehézséggel küzdő gyermekek komplex, speciális nevelését-oktatását, fejlesztését végzik speciális intézményekben.</p>
pszichopedagógus	<p>A pszichopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok foglalkoznak a beilleszkedési, viselkedés- és/vagy teljesítményzavarok felismerésével, kezelésével; a nehezen nevelhető, személyiségzavarokkal küzdő gyermekek gyógyító nevelésével, oktatásával, segítve ezzel az eredményes szocializációjukat.</p>
tiflopedagógus	<p>A látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok a látássérült (vak, aliglátó és gyengénlátó) gyermekek komplex, speciális fejlesztésével, nevelésével-oktatásával foglalkoznak a speciális óvodákban, iskolákban, illetve a többségi óvodákba, iskolákban egyaránt.</p>
autizmus spektrum pedagógiája szakos gyógypedagógus	<p>Az autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett segítő szakemberek az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek komplex fejlesztését, ellátását végzik speciális gyógypedagógiai intézményekben.</p>
óvodapedagógus	<p>Az óvodáskorú gyermekek nevelését végzi 3 éves kortól egészen a tankötelezettség teljesítésének megkezdéséig. Alapvető feladata a rábízott gyermekek differenciált nevelése, a gyermekközösségek alapítása, fejlesztése. Munkája során figyelemmel van a gyermek egyéni képességeire, szociokulturális helyzetére. Szorosan együttműködik a szülőkkel, valamint támogatja az orvos, a védőnő, és a gyermekjóléti szolgálat munkáját.</p>
csecsemő- és kisgyermeknevelő	<p>Ez a szakember az újszülöttkortól a 3-5 éves korosztály ellátását végzi. Munkája során támogatja az érintett korosztály fejlődését, szocializációját, valamint segíti a kisgyermekes családok nevelési tevékenységét. Mindezek mellett alkalmas gondozói, nevelői, közvetítői, képviselői és tanácsadói feladatok elvégzésére is.</p>
pszichológus	<p>A pszichológus bölcsész végzettséggel rendelkező szakember, aki megfigyeli, tanulmányozza a lelki jelenségeket, törvényszerűségeket, vizsgálja a megismerési folyamat, a gondolkodás, érzelmek stb., ill. az emberi viselkedés természetét. Diagnosztikai tevékenység keretében végezhet többek között személyiség-, teljesítményvizsgálatot, alkalmassági vizsgálatot, szociálpszichológiai felmérést. Egyéni és csoportterápia keretében kezeli a problémákat. Tanácsadói munkájával elősegíti a lelki betegségek megelőzését, a hozzáférők életvezetési, pályaválasztási stb. problémáinak megoldását</p> <p>A szakirányú végzettségétől függően számos helyen képes hasznosítani ismereteit. Dolgozhat kórházakban, rendelőintézetekben, pedagógiai szakszolgálatokban, óvodákban, iskolákban, korai fejlesztő központokban, családsegítő- és gyermekjóléti szolgálatoknál.</p>

Szakemberek	Kompetencia leírása
pszichiáter	Olyan orvosi végzettséggel rendelkező szakember, akinek a szakterülete mentális betegségek megelőzése és kezelése. Nem végezhet pszichológiai tesztek, viszont vizsgálatok révén képes kiszűrni azokat az állapotokat, melyek nem lelki, hanem testi eredetűek. A gyermekkorban előforduló mentális betegségek és kórképek felismerését, gyógyítását, enyhítését, ill. prevencióját végzi ambuláns és osztályos ellátás keretében.
gyógytornász	Az egészségügyi, a szociális ellátás valamennyi szintjén megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munkát végez. Munkájához tartozik a nyaki- és vállövi izomzat feszességének, fájdalmának oldása, a fizioterápia alkalmazása gerincferdülés és derékfájdalmak előfordulásakor. Veszélyeztetett csípőficam, dongaláb, ferde fejtartás esetében célzott izomerősítést, az egyes izomcsoportok feszességének oldását végzi. Az ő feladata a műtétek utáni mobilizáció, a megfelelő segédeszköz használatának megtanítása, a célzott izomerősítés.
szociális munkás	Jellemző feladatai a nehéz helyzetben lévő személyek, családok felderítése, a probléma feltárása, a probléma megoldására irányuló akciótervek kidolgozása, családgondozás biztosítása, komplex és folyamatos segítségnyújtás, az igényeknek megfelelő szolgáltatások felkutatása, megszervezése. Leginkább a szociális, segítő munkát végző civil, illetve állami szervezetekben, intézményekben (családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok, önkormányzatok szociális osztálya) dolgoznak.
konduktor	A központi idegrendszeri sérüléssel élő mozgássérült (2-8 éves, 1-4. osztályos) gyermekek konduktív nevelésével foglalkoznak. Oktatási, egészségügyi intézményekben, korai fejlesztő központokban dolgoznak, feladatuk többek között a sajátos nevelést igénylő gyermekek egyéni és csoportos nevelése-oktatása, az egyéni képességek megismerése, képességhiányok korrigálása, kompenzálása, tanácsadás, kapcsolattartás a szülőkkel
családgondozó	Ez a szakember a gyermekjóléti és gyermekvédelmi személyes gondoskodás keretében nyújtott alapellátásban dolgozik. Főleg gyermekjóléti szolgálat, és gyermekek, valamint családok átmeneti otthonában tevékenykedik. Feladata többek között a gyermek testi, lelki egészségének, családban történő nevelésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése, a már kialakult veszélyeztetettség megszüntetése, a családjából kiemelt gyermek mielőbbi visszahelyezésének segítése, ill. utógondozói feladatok ellátása. Szoros kapcsolatot tart a családdal és környezetével. A gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében működteti az észlelő és jelzőrendszert.
gyermekvédelmi gyám	Olyan szakember, akit a gyámhatóság rendel ki a gyermek mellé, abban az esetben, ha a gyermeket nevelőszülőnél, gyermekotthonban vagy más bentlakásos intézményben helyezte el, ill. átmeneti vagy tartós nevelésbe vette. Ő képviseli a gyermek érdekét, ellátja a törvényes képviselőt, elősegíti jogainak gyakorlását; a gyermek gondozása és nevelése mellett a vagyonának kezelése is a feladatai közé tartozik. Figyelemmel kíséri és elősegíti a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, nevelését, valamint ellenőrzi a gyermek teljes körű ellátásának megvalósulását

Az alábbi összefoglaló táblázat kimondottan a feladatban megadott helyszínekre és szakemberekre koncentrálva tartalmazza azokat a lehetőségeket, ahol a különböző szakemberek dolgozhatnak. Természetesen a résztvevők további szakembereket is megjelölhetnek az egyes intézményekhez kapcsolódóan.

bölcsőde ¹⁵⁴	<i>gyógypedagógus/logopédus gyógytornász konduktor csecsemő és kisgyermeknevelő szaktanácsadóként: pszichológus</i>
családi napközi ¹⁵⁵	<i>családi napközi szolgáltatást nyújtó személy, (bárki) aki a családi napközit működtetők felkészítő tanfolyamát elvégezte kisgyermeknevelőként: csecsemő- és kisgyermekgondozó</i>
óvoda ¹⁵⁶	<i>óvodapedagógus, logopédus/pszichopedagógus/gyógypedagógus pszichológus, konduktor</i>
megyei/járási/tan- kerületi pedagógiai szakszolgálat ¹⁵⁷	<i>pszichológus konduktor gyógytornász, gyógypedagógus (bármely szakos) gyermekpszichiáter</i>
gyermekjóléti szol- gálat, gyermekjóléti központ ¹⁵⁸	<i>vezetőként: pszichológus, pszichopedagógus, óvodapedagógus, gyógypedagógus (előírt plusz végzettséggel) családgondozóként: pszichológus, pszichopedagógus, óvodapedagógus, gyógypedagógus pszichológiai tanácsadóként: pszichológus, pszichiáter, pszichopedagógus szociális munkás gyógypedagógiai, fejlesztő pedagógiai tanácsadóként: gyógypedagógus, pedagógus családgondozó asszisztensként: csecsemő- és kisgyermeknevelő</i>
családsegítő szolgál- lat (családsegítés) ¹⁵⁹	<i>családgondozó, szociális munkás/kórházi szociális munkás tanácsadóként: pszichológus, szociális munkás</i>

¹⁴ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet

¹⁵ U. a.

¹⁶ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

¹⁷ 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 6. melléklet

¹⁸ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet

¹⁹ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. sz. melléklet

gyámhatóság ¹⁶⁰	gyámügyi ügyintézőként: <i>szociális munkás</i> , pedagógus, egyetemi vagy főiskolai szintű végzettséggel + mindegyik esetben – legalább 1 éves gyámügyi vagy gyermekvédelmi gyakorlat vagy szakirányú (szakosító) továbbképzésben szerzett szociális igazgatásszervező szakképzettség vagy jogi szakokleveles családvédelmi tanácsadó szakirányú szakképzettség
Perinatális (neonatális) intenzív centrum (PIC/NIC)	<i>konduktor</i> <i>fejlesztő pedagógus</i> , <i>gyógypedagógus</i> , <i>pszichológus</i> , <i>gyógypedagógiai asszisztens</i> , <i>gyógytornász</i> , <i>gyógytestnevelő</i>
fejlődésneurológiai szakrendelés	<i>konduktor</i> <i>gyógytornász</i> , <i>gyógypedagógus</i> <i>pszichológus</i>
újszülött osztály, neonatológia	<i>konduktor</i> <i>gyógypedagógus</i> <i>szakorvos</i> <i>pszichológus</i> <i>gyógytornász</i>
korai fejlesztést végző intézmények	<i>gyógypedagógus (bármely szakos)</i> <i>pszichológus</i> <i>konduktor</i>
egységes gyógypedagógiai módszertani intézmény (EGYMI) ¹⁶¹	<i>gyógypedagógus (bármely szakos)</i> <i>konduktor</i> <i>pszichológus</i> <i>csecsemő, és kisgyermeknevelő</i> , <i>óvodapedagógus</i> <i>szurdopedagógus</i> <i>logopédus, szomatopedagógus</i> , <i>tiflopedagógus</i> <i>pszichopedagógus</i> <i>gyógytornász</i>
gyermekotthon ¹⁶²	nevelőként: <i>pedagógus</i> , <i>pszichológus</i> gyermekfelügyelőként: <i>kisgyermeknevelő</i> <i>pszichológus</i> , <i>pszichiáter</i> , <i>gyógypedagógus/fejlesztő pedagógus</i>

²⁰ 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képzési előírásairól 2. sz. melléklet

²¹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

²² 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet

fogyatékos személyek otthona ¹⁶³	terápiás munkatársként: <i>gyógypedagógus, konduktor, pszichológus, gyógytornász, pszichopedagógus</i> <i>gyógypedagógus (bármely szakos)</i> <i>pszichológus,</i> <i>szociális munkás,</i> <i>konduktor,</i> <i>gyógytornász,</i> <i>óvodapedagógus,</i>
fogyatékos gyermekek rehabilitációs intézménye ¹⁶⁴	<i>konduktor</i> <i>gyógytornász</i> <i>szociális munkás</i> <i>gyógypedagógus</i> <i>pszichopedagógus,</i> <i>orvos (pszichiáter)</i> <i>pszichológus</i>
családok átmeneti otthona ¹⁶⁵	szakgondozóként: <i>csecsemő- és kisgyermeknevelő</i> családgondozóként: <i>pszichológus, pszichopedagógus, gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó oklevéllel rendelkező óvodapedagógus, gyógypedagógus;</i> pszichológiai tanácsadóként: <i>pszichológus, pszichiáter, pszichopedagógus</i>
gyermekek átmeneti otthona ¹⁶⁶	nevelőként: <i>pedagógus, pszichológus</i> családgondozóként: <i>pszichológus, pszichopedagógus, mentálhigiénés szakember, gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó oklevéllel rendelkező óvodapedagógus, gyógypedagógus,</i> pszichológiai tanácsadóként: <i>pszichológus, pszichiáter, pszichopedagógus</i>
területi gyermekvédelmi szakszolgálat ¹⁶⁷	<i>pszichológus</i> <i>pszichiáter</i> <i>gyógypedagógus</i> örökbefogadási tanácsadóként: <i>pszichológus</i> <i>gyermekvédelmi gyámként: pszichológus, pedagógus</i> elhelyezési ügyintézőként: <i>pszichológus, pedagógus</i>

Forrás: Kereki Judit

²³ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. sz. melléklet

²⁴ U. a.

²⁵ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet

²⁶ U. a.

²⁷ U. a.

Felhasznált irodalom

Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. – Hallgatói Jegyzet. TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program. GYEMSZI.

A Felhasznált irodalom forrásai

- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. sz. melléklet http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000001.SCM
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV&celpara=#xcelparam (letöltés időpontja: 2013. 11. 10.)
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC (letöltés időpontja: 2014. 01. 15.)
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (letöltés időpontja: 2013. 11. 10.)
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (letöltés időpontja: 2014. 01. 03.)
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800015.NM (letöltés időpontja: 2014. 01. 03.)
- 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200029.KOR#lbi19param (letöltés időpontja: 2014. 02. 05.)

11.2 ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: SEGÍTŐ HÁLÓ FELTÉRKÉPEZÉSE – SZÜLŐSEGÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOK

A szöveg Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenciók rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja felhasználásával készült.

Ma a szülők segítése, támogatása sokszor alulról jövő, spontán kezdeményezések eredményeképpen valósul meg. Ennek köszönhetően számos regionálisan, vagy akár országosan is működő civil szervezet, egyesület, alapítvány létezik, mely különböző, egymástól jelentős mértékben eltérő szülői igényeket elégít ki.

Munkájukban közös, hogy a képviselt célcsoportok számára érdekképviseletet, különböző támogató szolgáltatásokat, tanácsadó- és információs szolgáltatást nyújtanak, megkönynyítve ezzel a rászoruló gyermekek és családjaik számára az ellátásokhoz, jogosultságokhoz való hozzáférést.

A szervezetek alapítói, munkatársai sok esetben maguk is érintettek, így érzékenyebben fordulnak a segítségért folyamodók felé. Egyben ez az a sarkalatos pont, amiért hatékonyabban tudnak működni, mint az állami, vagy az önkormányzatok által működtetett, hasonló céllal létrejött szervezetek.

Az alábbiakban elsősorban országos és regionális szinten működő szervezetek kerülnek bemutatásra, fókuszálva az iskoláskor előtti, a koragyermekkori intervenciók rendszer keretében ellátást igénylő gyermekek és szülei megsegítésére, támogatására.

Az Autisták Országos Szövetsége (AOSZ) Magyarországon az egyetlen, az autizmus területén működő, szülők által létrehozott ernyőszervezet. Tevékenységei közé tartozik az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekeket, fiatalokat, felnőtteket nevelő családok, szülők segítése; az autizmussal kapcsolatos legnagyobb országos közösségi portál működtetése; érdekvédelemmel kapcsolatos feladatok ellátása; képzések szervezése, valamint a témával kapcsolatos kutatások támogatása.²⁸

A szövetséget az érintett családok, szülők, a családokkal kapcsolatba kerülő segítő szakemberek megkereshetik általános, jogi, valamint az elhelyezési, ellátási és a jogosultságokkal kapcsolatos kérdésekkel. A szervezetnek teljes rálátása van az országosan működő azon intézményekre, melyek az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek, tanulók ellátását végzik.^{29 30}

A szervezet számos, az autizmussal kapcsolatos, a szülőket és a családokat segítő jogi kiadványt, tájékoztatót ad közre honlapján. Kiemelendő a szülők számára készített *Iránytű. Információs csomag autizmussal frissen diagnosztizált gyermekek szüleinek* kiadványsorozat, mely sok hasznos, segítő információval szolgál a családok számára. Szintén e sorozat keretei között érhető el az AOSZ és tagszervezeteinek részletes címlistája is.³¹

²⁸ Szilágyiné, E. E. (szerk.) (2009) *Iránytű. Információs csomag autizmussal diagnosztizált gyermekek szüleinek*. Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

²⁹ Szilágyiné, E. E. (szerk.) (2009) *Iránytű. Információs csomag autizmussal diagnosztizált gyermekek szüleinek*. Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

³⁰ Autisták Országos Szövetsége honlapja www.aosz.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.04.)

³¹ Kapitány I. (2012) *Az AOSZ és tagszervezetei*. Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

A **Down Alapítvány** szolgáltató rendszere a középsúlyos értelmi fogyatékos és halmozottan sérült gyermekek, fiatalok és felnőttek, valamint családjaik támogatását helyezi a középpontba. Az ellátás során egyaránt hangsúlyt helyez az egészségügyi és szociális ellátásra, valamint az oktatás – fejlesztés területére is, ennek érdekében szolgáltató rendszert működtet, mely a fogyatékos személyt a születésétől egészen időskoráig kíséri.

Az alapítvány a korai fejlesztés, gondozás területét érintve működteti a Down Dada Sorstársi Segítő Szolgálatot, a Korai Fejlesztő és Tanácsadó Központot, a Down Ambulanciát.³²

A *Down Ambulancián* nemzetközileg is elfogadott vizsgálati protokoll alapján – ambuláns és kórházi ellátás keretei között – szűrik és monitorozzák a Down szindrómás gyermekeket. Ma már több nagyvárosban is találunk Down Ambulanciákat, így Szegeden, Nyíregyházán, valamint Budapesten.

A **Down Dada Sorstársi Segítő Szolgálat** a Down baba születését követő első traumát segíti feldolgozni a szülők számára, önkéntes sorstársak bevonásával. Elsődleges célja segítségnyújtás, támogatás, a saját élmények, tapasztalatok átadása. A szolgálatban dolgozó érintett szülők olyan kérdésekre, problémákra is választ tudnak adni, melyekre a kórházakban dolgozó egészségügyi szakemberek nem biztos, hogy képesek, hiszen a szülők maguk is átestek a kezdeti nehézségeken.³³

A Down Dada szolgálat elsősorban az újszülött gyermek szüleinek nyújt szolgáltatásokat, de természetesen együttműködik a kórház szakembereivel is, hiszen fontos a gyors reagálás, az első, még kórházban történő találkozás megszervezése, mely nagyban befolyásolhatja a baba családban maradását. A szolgálat létezéséről is kórházon keresztül kapnak elsődlegesen információt a családok.³⁴

A Down Dada képzett Dadákkal, elsősorban házaspárokkal dolgozik egy saját, egységes módszertan, protokoll alapján. Az önkéntes segítők datatréningen kerülnek felkészítésre, ahol a munkamódszereken kívül erkölcsi és etikai normák betartásával is foglalkoznak.³⁵

A datatréningen kívül kisgyermekes tréninget is indít a szolgálat, melyre teljes családokat várnak. Amíg a szülők részt vesznek a foglalkozásokon, addig a gyermekeikre (ép és Down szindrómás gyermekekre egyaránt) képzett szakemberek, segítők vigyáznak, ezzel is tehermentesítve a családot.

A *Down Alapítvány Korai Fejlesztő és Gyógypedagógiai Tanácsadó Központ* a 0–6 éves korú Down szindrómás gyermekek komplex gyógypedagógiai fejlesztését látja el egyéni-, valamint csoportos foglalkozások keretei között. A szolgáltatás igénybevétele ingyenes, de szakértői bizottsági javaslat szükséges hozzá.

A gyógypedagógiai vizsgálat, fejlesztés és tanácsadás mellett lehetőséget biztosít szülőcsoportok szervezésére, az otthoni foglalkozások segítése érdekében pedig játék-, és eszköz-

³² Kisari, K. et al. (2008) *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai*. FSZK Budapest, pp. 185-210.

³³ Kisari, K. et al. (2008) *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai*. FSZK Budapest, pp. 185-210.

³⁴ Kisari, K. et al. (2008) *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai*. FSZK Budapest, pp. 185-210.

³⁵ Gruiz, K. A Down Alapítvány és a Down Dada Szülői Szolgálat.

kölcsönzött működtet. A különböző szakemberek számára képzést, továbbképzést, valamint szakmai konzultációs lehetőséget biztosít.³⁶

A KézenFogva Alapítvány értelmi és halmozottan sérült emberek támogatásával foglalkozik. 2007 óta működteti a **Fogyatékos Embereket nevelő Családok otthonában nyújtott időszakos Kísérés és Ellátás (FECSKE) Szolgálatot**, melynek elsődleges célja a fogyatékos gyermekeket, fiatalokat, felnőtteket gondozó, nevelő családok tehermentesítése.

A FECSKE szolgáltatás a fogyatékos személyek számára a saját otthonukban nyújt segítséget, igazodva a család szükségleteihez, ezáltal nagymértékben segítve a társadalomba való minél teljesebb körű részvételüket. Három alapvető feladatot látnak el, a leggyakrabban igénybevett szolgáltatás a *felügyelet*, amely során a segítő szakemberek a család szokásaihoz és elvárásaihoz igazodva gondozzák (higiénés feladatok ellátása, etetés, gyógyszerelés, ápolás), látják el a fogyatékos személyt. A *kísérés* során az otthon és a különböző ellátó intézmények (óvoda, iskola) között történő közlekedést segítik. A kísérés mindig a szülőtől, vagy a szülőhöz történik. E kettő *kombinált tevékenységére* is igényt tarthatnak a szülők, tehát a hazakísérést követően a Szolgálat munkatársa megvárja, amíg valamelyik családtag hazaérkezik.³⁷

A Szolgálat a hét bármely napján, a nap 24 órájában elérhető. A szolgáltatás online is megrendelhető egy részletes, mindenre kiterjedő (fogyatékoság típusa, fokozata, speciális igények megjelölése, igénybevétel időpontja, gyakorisága...) űrlap kitöltését követően.

A FECSKE szolgáltatás célja, hogy olyan családokat is bevonjon a rendszerébe, akik szinte minden szolgáltatástól távol, elzártnak élnek. A FECSKE Szolgálat más, már működő szolgáltatásra (házi segítségnyújtás, bölcsőde és házi gyermekfelügyelet, támogató szolgáltatás) is ráépíthető, akár a korai fejlesztő központok kínálatában is megjelenhet. Fontos, hogy a kapcsolódni kívánó szervezet rendelkezzen több éves tapasztalattal a fogyatékosügy területén.³⁸

A Szemem Fénye Alapítvány – Dóri Ház, Magyarország első gyermek hospice háza. Az alapítvány a 0–14 éves korú gyermekek *betegszállítását* végzi, ezt a szolgáltatását az egyedi igényű (transzplantált, dializált, állami gondozott, fogyatékos) gyermekekre is kiterjesztette. A szolgáltatást a TAJ számmal rendelkezők térítésmentesen vehetik igénybe, az orvos vagy más egészségügyi dolgozó közreműködésével. Ellátási területük hivatalosan Baranya megyére terjed ki.³⁹

A szervezet palliatív (tüneti kezelést) ellátást biztosít otthon, ill. gyermekhospice házakban azoknak a gyermekeknek, akiknek életet megrövidítő betegségük van. A palliatív kezelés középpontjában a fájdalomcsillapítás, a kellemetlen tünetek enyhítése, valamint a szo-

³⁶ Kisari, K. et al. (2008) *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén*. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai. FSZK Budapest, pp. 185-210.

³⁷ Büki, P. (2008) *A FECSKE modellkísérleti szolgáltatás*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén*. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai. FSZK Budapest, pp. 101-117.

³⁸ Büki, P. (2008) *A FECSKE modellkísérleti szolgáltatás*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén*. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai. FSZK Budapest, pp. 101-117.

³⁹ Szemem Fénye Alapítvány honlapja www.szememfeny.hu, (letöltés dátuma: 2013.12. 07.)

ciális, érzelmi, lelki problémák kezelése áll. A palliatív ellátás a beteg gyermekeken kívül kiterjed a szűkebb és tágabb családi környezetre is.⁴⁰

A Szemem Fénye Alapítvány 2006 óta működteti a Dóri Házat, mely Magyarországon az első intézmény, ahol az életvégi ellátással a súlyosan beteg gyermeket és családját támogatják a gyermek életének utolsó szakaszában. Elsősorban a szülők, a családok tehermentesítését szolgálja. Lehetőséget biztosítanak a gyermekek befogadására, de az érintett családok akár együtt is beköltözhetnek a Dóri Háza. Az itt dolgozó szakemberek (orvos, ápoló, gyógytornász, gyógypedagógus, pszichológus, zeneterapeuta, dietetikus) a szakszerű gondozáson túl segítenek a szülőknek végiggondolni, hogy hol, hogyan köszönhetnek el majd gyermeküktől.⁴¹

Tevékenységi körükbe tartozik a 24 órás életvégi ellátás, az egész család támogatása, a gyásztanácsadás, a sürgősségi ellátáshoz való 24 órás hozzáférés, kikapcsolódási lehetőségek és speciális terápiák (pl. fizio-, zene-, játékerápia) biztosítása, 24 órás telefonos támogatás, gyakorlati segítségnyújtás, tanácsadás, információ átadás.

A *dóris* skype szolgáltatáson keresztül a családok képzett szakemberek közreműködésével lelki támogatást, ápolási tanácsokat kaphatnak az ingyenesen elérhető Skype rendszeren keresztül.

Az intézmény a *gyászfeldolgozást* a családtagok számára biztosított klubok (Nefejejcs Klub, Apaklub) működtetésével segíti.⁴²

A Bice-Bóca Alapítványt a Mozgássérült Gyermekekért fő tevékenysége a tizennyolcadik életévüket be nem töltött mozgássérült gyermekek rehabilitációja, a szülők segítése, szabadidős tevékenységek szervezése, az életkörülmények minőségének javítása. Az alapítvány társadalmi tevékenységek keretében feladatának tekinti a kiadványok szerkesztését, kiadását; országos Önkéntes Szülői Hálózat szervezését (Izd. SORS-Háló); fogyatékos gyermekek és családjuk helyzetének felmérését, fejlesztését. Szervezésükben kerül minden évben megrendezésre a Bice-Bóca Tábor, ami egy komplex, tematikus program, mely 7-10 napon keresztül nyújt kikapcsolódást, szórakozást a résztvevő családok számára.⁴³

Az alapítvány eszközközlcsönzöt működtet a fogyatékos gyermekek otthoni fejlesztéséhez, klubfoglalkozásokat, családi programokat tart, hátráltatva ezzel is a családok felbomlását.⁴⁴

2007-ben hozták létre szülősegítő hálózatukat az Szülők Országos és Regionális Segítő Hálózatát (SORS-Háló), melynek célja a fogyatékos gyermeket nevelő szülők összefogása, aktivizálása, a közös érdekek érvényesítése, tapasztalatok cseréje. Célja a speciális családsegítés, mentálhigiénés szolgáltatások biztosítása, szakemberek képzése, az inkluzív oktatás

⁴⁰ Radbruch, L et al (2009) *Fehér könyv. Az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról.* Európai Palliatív Szövetség (EAPC) ajánlásai.

⁴¹ Nácsa, J. (2013) *A magyar gyermekhospice bölcsője a pécsi Dóri Ház.* Szakmai mélyinterjú Gyura Barbarával, a magyar gyermekhospice létrehozójával.

⁴² Szemem Fénye Alapítvány honlapja www.szememfene.hu, (letöltés dátuma: 2013.12. 07.)

⁴³ Bice-Bóca Alapítványt a Mozgássérült Gyermekekért honlapja www.bicebocaalapitvany.hu (letöltés dátuma: 2013.12.08.)

⁴⁴ Czeglédiné, K. Á. (2008) „...nincs vele baj, csak kerekesszékes” In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén.* Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai. FSZK Budapest, pp. 65-99.

elősegítése; önszervező csoportok létrehozása; érdekképviselet. Az Alapítvány országos szinten működik, három telephellyel: Békéscsaba, Budapest, Szolnok.⁴⁵

A „**Szól a szív...**” Alapítvány a vak gyermekek nevelésének, oktatásának és kulturális életének támogatása érdekében jött létre. Az alapítvány célja a vak gyermekek társadalmi beilleszkedésének, integrációjának elősegítése. A pedagógiai célzatú (re)habilitációs tevékenység támogatásán túl az intézmény biztosítja a gyermekek speciális segédeszközökkel való egyéni ellátását is.

Rendszeresen támogatja a vak gyermekek nevelésével-oktatásával foglalkozó intézmények segédeszközökkel való felszerelését (beszélő számítógép, fehér bot, pontírasos könyvtár fejlesztése). Felvállalja az integrált nevelésben-oktatásban résztvevő gyermekek speciális felkészítését. A komolyzenei koncertek szervezésével elősegíti a vak gyermekek zenei képzettségének fejlődését, nyaranta pedig táborozási lehetőséget biztosít a vak gyermekek számára.⁴⁶

A **Világ Világossága Gyermekszemészeti Alapítvány** célja a vak-, és gyengénlátó-, valamint egyéb szembetegséggel küzdő gyermekek speciális igényeinek megfelelő egészségügyi ellátás, valamint számukra a megfelelő, az egyéni szükségleteikhez igazodó nevelés, oktatás biztosítása.

Szolgáltatásaik között megtalálható a *rehabilitációs szakrendelő* működtetése, ahol országos szinten, elsősorban a vak, gyengénlátó, egyéb szembeteg, valamint bármely más területen sérült (fogytékos) csecsemő, gyermek számára biztosítanak speciális rehabilitációs, rehabilitációs szakellátást.

A *tanácsadó és segédeszköz bemutató szolgálat* az egészségügyi ellátás mellett minden korosztály számára nyújt életvezetési-, gyógypedagógiai-, szociális és jogi tanácsadást.

Az *Illat kert – Vak kert szolgáltatás* célja, hogy segítse a látássérültek kompenzációs mechanizmusainak a minél korábbi és minél teljesebb kifejlődését. A látók számára pedig vizuális élményt nyújtson, mely a maradvány látás fejlődését is segíti. A kert a megmaradt érzékszervi funkciókat fejleszti, valamint segíti a kompenzációs mechanizmusok kifejlődését az illat- és fűszernövények illatai, a tapintásban is eltérő növények ésszerű és következetes elhelyezése, a kerten át- és odavezető utak burkolatának minőségi változásai és a kert közepén elhelyezett szökőkút többfázisú akusztikus élménye által.⁴⁷

A **DÉMOSZTHENÉSZ Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete** A Demoszthenész Egyesület többek között a logopédiai alapellátásban nem gondozott 0-4 éves és 14 éven felüli beszédhibás gyermekek, fiatalok, az ő szüleik, valamint a segítő szakemberek szakmai érdekképviseletét látja el.

Az egyesület célja a tagok érdekvédelmi képviselete; beszédhibákkal kapcsolatos tájékoztatás, tanácsadás; felvilágosító munka a közvetlen és a tágabb társadalmi környezettel;

⁴⁵ Czeglédiné, K. Á. (2008) „...nincs vele baj, csak kerekesszékes” In: Barkóczi, J. et al (szerk.) 6-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai. FSZK Budapest, pp. 65-99.

⁴⁶ „Szól a szív...” Alapítvány honlapja www.szolasziv.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.07.)

⁴⁷ Világ Világossága Gyermekszemészeti Alapítvány honlapja www.vva.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.07.)

érhetően megfogalmazott tájékoztatók, szórólapok készítése a szülők számára. A szervezet információs adatbázist hozott létre, mely országos szinten tartalmazza a beszédhibások ellátásában közreműködő állami és nem állami fenntartású intézmények adatait, elérhetőségeit.⁴⁸

Az egyesület felületén közel 1000 logopédus elérhetősége található meg, a saját munkájukra vonatkozó szakterületek, célcsoportok megjelölésével. Ez lehetőséget biztosít a szülők számára, hogy a lakhelyükhöz legközelebb megtalálható, a gyermekük életkorára specializálódott logopédust találjanak. Az egyesület e szolgáltatása nagyon népszerű. Magyarországon az óvodában ugyan jelen van a kötelező logopédiai ellátás, de a szakemberhiány, valamint a logopédusok túlterheltsége miatt általában az 5-7 éves korosztály ellátása a jellemző. 5 éves kor alatt a problémát érzékelő szülő saját maga próbál szakembert keresni gyermeke számára.

A szakember adatbázis fenntartásán túl szolgáltatásai között önköltségi áron szerepel logopédiai **vizsgálat, tanácsadás, valamint egyéni és csoportos logopédiai terápia.**⁴⁹

A Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete (MACIE) az első olyan civil kezdeményezés Magyarországon, ami kifejezetten a cochleáris implantáltakért jött létre. Gyártóktól függetlenül, a cochleáris implantáltak és jövőbeli implantáltak érdekeiért képviseli a szervezet. Az Egyesület együtt kíván működni a hallássérültek és siketek érdekeit képviselő hazai és külföldi szervezetekkel.

Erőteljes hangsúllyal kívánja képviselni a cochleáris implantáltak érdekeit technikai, egészségügyi, jogi és szociális téren. Célja olyan CI centrumok létrehozása és működtetése, melyek kielégítik az érintett célcsoport speciális igényeit, mint pl. a hallássérülések minél korábbi életkorban való diagnosztizálása, korai fejlesztés, műtét előtti tanácsadás, beszédprocesszorok beállítása, (re)habilitációs tevékenység végzése, valamint egyéb, az implantátumhoz szorosan kapcsolódó pedagógiai, szociális és technikai feladatok ellátása.

Az egyesület kiemelkedően fontos célja egymás segítése, így 2009-ben létrehozott egy mentorprogramot, melynek keretében felkészítették a CI-t viselő gyermeket nevelő a családokat és a CI-t viselő felnőtteket arra, hogyan tudnak segíteni azoknak a családoknak, ahol most derült ki, hogy a gyermekük hallássérült.

A program a sorstárs szülők, családok bevonásával valósul meg. A saját élmények megosztása, a tapasztalatok átadása, a csoportterápián való részvétel lehetősége hozzájárul a szülők lelki terheinek csökkentéséhez. A MACIE szakemberek (audiológus, gyógypedagógus, pszichológus, fizikus) bevonásával számtalan rendezvényt, előadást szerveznek a CI-vel kapcsolatos témakörökben.⁵⁰

Az egyesület honlapja folyamatosan tájékoztatja az érintett családokat a technikai újításokról, módszertani lehetőségekről.

Mindenképpen érdemes tudni róla, hogy számos felnőtt fogyatékos (hallássérült, látássérült, mozgáskorlátozott, beszéd fogyatékos) személyeket tömörítő civil szervezet létezik

⁴⁸ DÉMOSZTHENÉSZ Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete honlapja www.demoszthenesz.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.10.)

⁴⁹ DÉMOSZTHENÉSZ Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete honlapja www.demoszthenesz.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.10.)

⁵⁰ Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete honlapja www.macie.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.07.)

Magyarországon. Ezen szervezetek kimondottan a felnőtt fogyatékos személyek számára biztosítanak – sok esetben csak általuk elérhető – speciális támogató szolgáltatásokat, érdekképviseletet. Nem szabad megfeledkezni arról, hogy az ő családjaikban is előfordulhat, hogy gyermekeiknek korai fejlesztésre, gondozásra van szükségük.

Ezek az egyesületek, szervezetek tudják segíteni a fogyatékos szülőket abban, hogy gyermekeik az őket megillető ellátási formákhoz, szolgáltatásokhoz megfelelő módon és időben hozzájussanak.

Fontos megemlíteni, hogy azoknak a fogyatékos szülőknek is fel kell hívni a figyelmét ezen szervezetek működésére, akik nem születésükkor, hanem később, felnőtt korban szerzték sérülésüket.

Sok esetben többszörösen terhelt lehet a család, amennyiben korai fejlesztésre, gondozásra szoruló gyermeket nevelő fogyatékos szülő maga sem jut hozzá az életét megkönnyítő jogosultságokhoz, információ vagy érdekvégyesítés hiányában.

A Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége (SINOSZ) országos érdekvédelmi szervezatként segíti, támogatja a siket és nagyothalló embereket a társadalmi beilleszkedésben, az egyéni érvényesülésben. Segítséget nyújt tagjai számára többek között az információk akadálymentes eléréséhez, támogatja az önálló életviteli törekvéseket, a SINOSZ igazolvány által kedvezményes utazási lehetőséget biztosít.

Szolgáltatásai között szerepel a jelnyelvi tolmácsszolgálat, valamint az írótolmácsolás, melyet a hallássérült szülők igénybe vehetnek a saját gyermekükkel kapcsolatos ügyintézéshez (kórházi ellátás; korai fejlesztő központban, pedagógiai szakszolgálatban terápia, fejlesztés igénybevétele; szülő klubok, szülőcsoportokban való részvétel). Ezen kívül jogsegélyszolgálat, valamint pszichológiai tanácsadás is a rendelkezésükre áll.⁵¹

A Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ) mozgássérült emberek számára biztosít speciális személyi segítő, szállító, tanácsadó és információs szolgáltatást. Így tudja támogatni a mozgáskorlátozott szülőket abban, hogy esetlegesen a korai fejlesztésre szoruló gyermeküket hozzá tudják segíteni a megfelelő ellátáshoz, illetve ők maguk is részt tudjanak vállalni a gyermekük fejlesztésében, ellátásában (szállítás igénybevétele, ügyintézés segítése, speciális eszközök igénybevétele, jogsegélyszolgálat). Az Egyesület igény szerint segít kapcsolatot tartani, és együttműködni a különféle egészségügyi és oktatási szolgáltatókkal, ill. kérésre szükségletekhez igazodó személyi felügyeletet is biztosítani tud.⁵²

A Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ), valamint a **Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Regionális Egyesülete (VGYKE)** a látássérült (vak, alig-, és gyengénlátó) felnőttek érdekképviseletét látja el. Mindkét szervezet számos olyan szolgáltatást nyújt tagjai számára, mely a látássérült szülők számára is hasznos lehet abban az esetben is, ha a saját gyermekükkel kapcsolatos ellátásokhoz való hozzájutásról van szó.

⁵¹ Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége honlapja www.sinosz.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.10.)

⁵² Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége honlapja www.meosz.hu, (letöltés dátuma: 2013.12.08.)

Az információnyújtás, tanácsadás, az érdekképviselési munka, a jogsegélyszolgálat működtetése, a személyes ügyintézés segítése mellett mindkét egyesület *Braille-nyomtatás szolgáltatást* működtet. Ennek keretében vállalják Braille-nagyított kombinált formátumú tájékoztató kiadványok, szóróanyagok, névjegykártyák, emléklapok, étlapok, stb. szerkesztését, nyomtatását és spirálozását igény szerint. A szolgáltatás a látássérültek számára ingyenesen vehető igénybe. A látássérült szülők számára elérhetővé válhatnak a korai fejlesztéssel, gondozással kapcsolatos kiadványok, ismeretterjesztő füzetek, vagy egyéb, a saját gyermekükre vonatkozóan információt tartalmazó terápiás eljárások, módszerek leírásai.⁵³

A *Louis Braille Támogató szolgáltatást* térítési díj ellenében működtetik. A személyi segítséget (300 Ft/minden megkezdett óra), kísérést elsősorban közszolgáltatásokhoz (polgármesteri hivatalba, bíróságokra, stb.), egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz (háziorvoshoz, szakrendelésre, gyógytornára) való eljutáshoz biztosítják, de segítséget nyújtanak egyéb, igény szerint felmerülő tevékenységekben is.

Gépkocsi használatot (150 Ft/km) biztosítanak Budapest területén belül, valamint szükség esetén akár vidékre is. A szolgáltatás előzetes bejelentkezés alapján vehető igénybe, többnyire hétköznap, munkaidőben.

A *Családkonzultációs szolgáltatásukat* 2009 óta végzik, a részvétel ingyenes és önkéntes alapon működik.⁵⁴

Az intenzív családmegtartó szolgáltatások alatt olyan komplex – szociálpolitikai, szociális munka, (család)terápiás – beavatkozások együttesét értjük, melyeket veszélyeztetett, ill. krízishelyzetbe került családok számára biztosítanak a család szükségleteinek megfelelően. Célja a gyermek családból történő kiemelésének megelőzése a család működőképességének megőrzése által, ill. a már korábban kiemelt gyermek hazakerülésének segítése.⁵⁵

A szolgáltatás azokat a családokat célozza meg, ahol a gyermek fejlődése valamilyen okból kifolyólag veszélyeztetett, így alkalmazandó lenne súlyos szociális problémákkal küzdő családok, gyermeknevelési problémákkal küzdő -, valamint beteg, fogyatékos szülők esetében is.

A szolgáltatás nyújtásának fontos feltétele a magasan képzett szakember, szociális munkás jelenléte, aki napi 24 órában áll a család rendelkezésére. Maga a segítségnyújtás – családi kötelek erősítése, szülői kompetenciák fejlesztése – a család otthonában történik. Az intenzív családmegtartó szolgáltatások nagyon rövid határidővel dolgoznak, max. 4-6 héten keresztül foglalkoznak egy-egy esettel, ez alatt kell eredményt elérni.⁵⁶

Annak ellenére, hogy sok esetben a különféle szolgáltatások integrációjának hiánya, a szervezetek együttműködési képtelensége, a szakma megosztottsága akadályozza a haté-

⁵³ Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Regionális Egyesülete honlapja www.vgyke.com, (letöltés dátuma: 2013.12.07.)

⁵⁴ Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Regionális Egyesülete honlapja www.vgyke.com, (letöltés dátuma: 2013. 12. 07.)

⁵⁵ Bányai, E. (2004) *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

⁵⁶ Bányai, E. (2004) *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

konyan működő intenzív családmegtartó szolgáltatás rendszerének kialakulását,⁵⁷ 2011-ben mégis sikerült egy jó gyakorlatot kialakítani Budapesten, a VIII. kerületben. „Intenzív Családmegtartó- és Családtámogató Szolgáltatások” címen 9 hónap alatt 10 család intenzív gondozását látta el két szociális munkás.⁵⁸ Azóta 2013-ban volt lehetősége a Józsefvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Központnak a program folytatására, jelenleg a Családsegítő Központ ingyenesen elérhető szolgáltatásai között szerepel.⁵⁹

Felhasznált irodalom

Kereki Judit: „Majd kinövi (?)” Koragyermekkori intervenciók rendszer és a korai fejlesztés című továbbképzés Területi védőnők és gyermeket ellátó háziorvosok speciális, választható továbbképzési programja. – Hallgatói Jegyzet. TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program. GYEMSZI.

A Felhasznált irodalom forrásai

„Szól a szív...” Alapítvány honlapja: www.szolasziv.hu, (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

Autisták Országos Szövetsége honlapja, www.aosz.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 04.)

Bányai, E. (2004) *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

Bice-Bóca Alapítvány honlapja: www.bicebocaalapitvany.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 08.)

Büki, P. (2008) *A FECSKE modellkísérleti szolgáltatás*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai*. FSZK Budapest, pp. 101-117.

Czeglédiné, K. Á. (2008) „...nincs vele baj, csak kerekesszékes” In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai*. FSZK Budapest, pp. 65-99.

Demoszthenész Egyesület honlapja, www.demoszthenesz.hu, (letöltés időpontja: 2013. 12. 10.)

FECSKE Szolgálat honlapja: <http://www.fecske.kezenfogva.hu> (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

Gruiz, K. A Down Alapítvány és a Down Dada Szülői Szolgálat.

<http://www.downalapitvany.hu/szolgalt/gyermekkor/dadaszolg/dadaszolg.htm>, (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

Józsefvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Központ honlapja <http://jcszgyk.hu/jcszgyk.hu>

Kapitány I. (2012) *Az AOSZ és tagszervezetei*. Autisták Országos Szövetsége, Budapest.

Katona, A. (2010) *Szociális városrehabilitáció és intenzív családmegtartó szolgáltatás Józsefvárosban*. Szakdolgozat, ELTE TÁTK Szociálpolitika szak http://bce-szocpol-gyakorlat.blog.hu/2011/08/28/komplex_szocialis_varosfejlesztes_budapest_jozsefvarosban_egyetemi_hallgatok_kutatasai (letöltés időpontja: 2014. 01. 05.)

Kisari, K. et al. (2008) *Down Dada – Sorstársi Segítő Szolgálat*. In: Barkóczi, J. et al (szerk.) *ő-szintén. Szülők és szülősegítő szolgáltatások szervezőinek tapasztalatai*. FSZK Budapest, pp. 185-210.

Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete (MACIE) honlapja: www.macie.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ) honlapja: www.mvgyosz.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

MEOSZ honlapja www.meosz.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 08.)

Nácsa, J. (2013) *A magyar gyermekhospice bölcsője a pécsi Dóri Ház*. Szakmai mélyinterjú Gyura Barbarával, a magyar gyermekhospice létrehozójával. <http://www.szememfenye.hu/hir/A-magyar-gyermekhospice-bolcsoje> (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

⁵⁷ Bányai, E. (2004) *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD dolgozat. ELTE Társadalomtudományi Kar. Szociális Tanulmányok Intézete. Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék.

⁵⁸ Katona, A. (2010) *Szociális városrehabilitáció és intenzív családmegtartó szolgáltatás Józsefvárosban*. Szakdolgozat, ELTE TÁTK Szociálpolitika szak.

⁵⁹ Józsefvárosi Családsegítő és Gyermekjóléti Központ honlapja <http://jcszgyk.hu/jcszgyk.hu>

-
- Radbruch, L et al (2009) Fehér könyv Az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Európai Pallatív Szövetség (EAPC) ajánlásai. http://epa.oszk.hu/02000/02002/00037/pdf/2010-3_lukas-feher-1.pdf (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)
- Sándor, J. Írótolmacsolás – valós idejű feliratozás. <http://www.sinosz.hu/?q=szolgáltatásaink/jelnyelvi-tolmacs-szolgalattas/irotolmacsolas> (letöltés időpontja: 2013. 12. 10.)
- SINOSZ honlapja: www.sinosz.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 10.)
- Szemem Fénye Alapítvány honlapja, www.szememfenye.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)
- Szilágyiné, E. E. (szerk.) (2009) *Iránytű. Információs csomag autizmussal diagnosztizált gyermekek szüleinek*. Autisták Országos Szövetsége, Budapest
- Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Regionális Egyesülete honlapja: www.vgyke.com (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)
- Világ Világossága Alapítvány honlapja: www.vva.hu (letöltés időpontja: 2013. 12. 07.)

12.1. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: A VÁLTOZÁS, A CSALÁD ÚJ ÉLETHELYZETHEZ VALÓ ALKALMAZKODÁSÁNAK SEGÍTÉSE

Szülői reakciók fogyatékos gyerek születése esetén (Kálmán, 2004; Köncei, 2009)

- kudarcézés,
- emocionális stressz, szorongás, bizonytalanság,
- félelem az ismeretlentől,
- csökkent önbizalom,
- magány és elszigeteltség érzés,
- női szerep anyai szereppé változásának nehézségei,
- szülői szerep krízise,
- önvád, büntudat, egymás hibáztatása,
- önfeladás, mivel túlzottan megterheltnek érzik magukat,
- mi-identitás és az én-identitás közötti ambivalencia fokozódása,
- szégyenérzet (az apáknál gyakrabban),
- ellenállás a változásnak.

Változások a fogyatékos gyermeket gondozó/nevelő családok életében (Bass, 2004; Berszán, 2008; Kálmán és Köncei, 2002):

- az édesanyák a leggyakrabban arra kényszerülnek, hogy feladják munkájukat;
- az édesapáknak gyakran egyedül kell biztosítaniuk az anyagi javakat a család számára;
- a beteg illetve fogyatékos sérült gyermek gondozása/nevelése, egészségi állapotának fenntartása is plusz anyagi teherrel jár;
- az egész család időbeosztása és életritmusa a beteg/fogyatékos gyermekhez alkalmazkodik;
- szabadidős tevékenységek változása vagy közös szabadidős tevékenységek hiánya;
- fogyatékkal élő kisgyermek állandó felügyeletet kíván, így gyakran nem elég csak az édesanya jelenléte, hanem szükség lehet arra is, hogy a család többi tagja, nagyszülők és esetleg a rokonok is besegítsenek;
- a családi egyensúly megbomlása, új szerepek kialakulása, a család struktúrájának átrendeződése a megváltozott feladatok és a nyilván való kihívás következtében, ami egy fogyatékos gyermek gondozásával/nevelésével jár;
- a család belső és külső kapcsolatrendszerének átalakulása;
- külső kapcsolataik beszűkülnek, hiszen minden energiájukat a gyerek felé fordítják, ezért gyakori, hogy a szülők és a gyermekek elmagányosodnak;
- az anya részéről a férj és az egészséges gyermek elhanyagolása.

Védőnői feladatok a változás, az új élethehelyzethez való alkalmazkodás segítésében (Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek I., V. és IX.):

- A fennálló helyzet feltárása, megismerése, a helyzet összetevőinek pontos felmérése:
 - jellege;
 - ez idáig lezajlott folyamat feltárása (kivel, hogyan, mi történt, ki mit csinált, mit nem csinált).

- A válságkezelése módjának felmérése: a hibás megküzdés lehetséges okainak feltárása:
 - inadekvát a problémák észlelése (pl. a gyermek önállósági törekvését a család elfogadhatatlan lázadásnak éli meg);
 - inadekvát a probléma feldolgozási módok. (pl. a családnak nincsenek jól alkalmazható megoldási mintái, torzak a szerep- és feladatleosztások);
 - inadekvát a társas háló (pl. a fogatékos gyermek családját elkerülik).
- Kompenzáló tényezők felmérése:
 - a család erőforrásainak feltárása;
 - családtagok együttműködési készségének megismerése;
 - bevonható, aktivizálható társas kapcsolatok, intézmények meghatározása.
- A változás motiválása:
 - Jövőkép, célok megfogalmaztatása (Rövid és hosszú távon mi a család célja?)
 - A család jövőbeni céljai és jelen viselkedése közötti ellentmondások feltárása.
 - Az esetleges változás előnyeinek és hátrányainak feltárása.
 - Az egyes családtagok igényeinek feltárása a változással kapcsolatosan.
 - Azoknak a pontoknak az azonosítása, ahol ezek az igények és lehetőségek egymással konfliktusba kerülhetnek.
 - Azonosítani a változást akadályozó tényezőket.
 - Azoknak a területeknek az azonosítása, ahol semmiféle segítségre nem támaszkodhatnak.
 - Azoknak a lehetőségeknek a feltárása, amelyek ezen utóbbi csoportba tartozó problémák megoldását segíthetik.
- Konkrét és kivitelezhető lépések megfogalmaztatása, tervezése (ki mit hogyan fog csinálni a következő lépésben?), a tervek elfogadtatása az érintettekkel.
- A családtagok mobilizálása.
- A változás kivitelezésének támogatása.

A védőnői munka jellemzői a változás elősegítésében (Szabóné, 2004):

- aktív, támogató magatartás;
- támogatni a család erősségeit, elismerni gondjaikat;
- figyelemmel lenni a család intim szférájára;
- a partnerség szabályainak követése;
- az egyoldalúan gyermekcentrikus bánásmód kerülése;
- családi kapcsolatok erősítése a családtagok (elsősorban az apa és a nagyszülők) gondozásba/nevelésbe való bevonásával;
- nagy hangsúly helyezése: a szülők feszültségének csökkentésére, negatív érzelmeik megértésére, biztonságérzetük növelésére; az egymásra való figyelésre, az egymás problémáinak megértésére, a tolerancia, a türelem fejlesztésére; alkalmazkodási képességük növelésére (valóságérzékelés az érzések értékelésének és reális megítélésének képességét, rugalmasságot, probléma-megoldási képességet), a szülői szerep erősítésére.

Felhasznált irodalom

- Bass L. (2004): Jelentés a súlyosan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről. Kézenfogva Alapítvány, Budapest
- Berszán L. (2008): Fogyatékoság és családvilág. Mentor Kiadó, Marosvásárhely
- Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek I. – Krízis – Pszichoszomatika – Alkoholizmus – Narkómánia. A HÍD Családsegítő Központ, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Mentálhygiénés Csoport, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichohigiénés Szekciójának Kiadványa, Budapest, 1989.
- Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek V. – Segítő Találkozások /Példatár/A HÍD Családsegítő Központ, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Mentálhygiénés Csoport, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichohigiénés Szekciójának Kiadványa, Budapest, 1991.
- Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek IX. – Tisztázó Beszélgetések – Családkonzultációs és családterápiás módszerek. A HÍD Családsegítő Központ, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Kiadványa, Budapest, 1992.
- Kálmán Zs. (2004): Bánatkő – Sérült gyermek a családban. Bliss Alapítvány
- Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest
- Könczei Gy. (2009): Fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon. Tanulmánykötet első rész. ELTE Bárczi Gyusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
- Szabóné Kármán J. (2004): Családgondozás – Krízisprevenció. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest (14.3. A sérült gyermeket nevelő családok krízishelyzetei pp. 284–286.; 14.5. A védőnő teendői a sérülések megelőzésében és a sérült gyermeket nevelő családokban pp. 287–291.)

Ajánlott irodalom

- Frenkl S. – Rajnik M. (200): Életesemények. Semmelweis Egyetem TF. És Párbeszéd /Dialogus/ Alapítvány, Budapest
- Kémer B. – Rozsos K.: Fogyatékos gyermeket nevelni: szerep és csapda. Gyógypedagógiai Szemle, 2009/4 http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=29&jaid=414 (letöltés időpontja: 2014. 04. 10.)

12.2. ALTÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FÜGGELÉK: A SZÜLŐK ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁSÁNAK TÁMOGATÁSA

A nők között sokan vannak, akiknél az egy vagy több terhesség csak átmeneti füstmentességet jelent, és a szoptatás időszaka után szinte azonnal visszaszoknak a cigarettára. Levine és mtsai (2013) kutatása rámutatott, arra hogy a várandósság kiderülését követően leszokó nők 70%-a visszaesik a szülés után 6 hónapon belül. Ebben az érzékeny időszakban a hangulat-ingadozás és a gyermekgondozás körüli stressz mellett nehezíti a füstmentesség fenntartását az is, hogy sokan az újbóli dohányzástól remélik a szülés előtti testsúlyuk visszanyerését. Ráadásul sokaknál a dohányzás az egyetlen eszköz arra, hogy pihenőt próbáljanak maguknak szakítani a felhalmozódott teendők között és az egyre növekvő felelősség nyomása alatt.

A terhesség alatti dohányzás ártalmairól (koraszülés, kis súly, lepényleválás) a leendő anyák számtalan helyen hallhatnak, olvashatnak. A szoptatás alatti dohányzás ártalmas volta talán nem ennyire ismert. A dohányzó anya anyateje bizony jelenős mennyiségben tartalmazhat nikotint (függ az elszívott mennyiségtől) és a dohányfüst számos egyéb összetevőjét.

A nikotin, a dohányfüst számos egyéb összetevőjével együtt kiválasztódva az anyatejbe: csökkenti a prolaktin szintet, a tejtermelést, gátolja a tejleadó reflexet. A nikotin káros hatással van a magzatra, az anyatejbe is belekerül és jelentősen befolyásolja a csecsemő fejlődését: a nikotin sejtmérge és szűkíti az ereket, ezzel csökkenti az agyban az oxigénszintet. Ezért ezeknél a csecsemőknél idegrendszeri és viselkedési zavarok léphetnek fel, később kezd el beszélni a baba, a mentális fejlődése lassabb lesz, gyakoribb a hasmenés, károsodik a tüdjük, nagyobb eséllyel szenvednek asztmában, vagy egyéb más légzőszervi megbetegedésben. Az idegrendszeri zavar részeként akár ébredési zavar is jelentkezhet a korai csecsemőkorban (3-6 hó), amely a hirtelen csecsemőkori hirtelenhalál (bölcsőhalál – SIDS) kockázatát növeli. A dohányzó szülők gyermekeinél a bölcsőhalál kockázata hétszer akkora, mint a nem dohányzó szülők gyermekei esetében. Nem pillanatnyi állapotról van szó, a dohányzás káros hatásai a gyermek egész további életére rányomják majd a bélyegüket: alacsonyabb intelligenciahányados, beszédzavarok, diszlexia, tanulási nehézségek jelentkezhetnek. (Kun, 2013)

Kevésbé váltak be azok a módszerek, amelyek megengedik a dohányzás fokozatos elhagyását. A siker reményével azok a módszerek kecsegtetnek, amikor kijelölünk egy „stop” napot, amitől kezdve már nem szív el egy szál cigarettát sem a dohányos. (Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet) Vajon nem elég egyszerűen kevesebbet dohányozni? A dohányzás abbahagyását a kandallóban égő tűzzel hasonlíthatjuk össze: ha sokáig nincs a fának utánpótlása, a tűz kialszik. Ha azonban időről időre még egy szálát rádobunk, a hamu alatt izzani fog a parázs. Először csak füstölög, majd egyszer csak felcsapnak a lángok is. Ezért értelmetlen a dohányzás pusztá korlátozása. (Köteles és Varsányi, 2001)

A nem dohányzó anyával összehasonlítva a dohányzás számos nemkívánatos hatást gyakorol mind a laktációra, mind a szoptatott csecsemőre – **a szakemberek mégis egyöntetűen azt javasolják, hogy a dohányzó anya is szoptassa a csecsemőjét: egyrészt,** mert a dohányzó családban mesterségesen táplált gyermek egészségi kockázata nagyobb, mint a szoptatott gyermeké; másrészt, mert **a cigaretta utáni sóvárgás, oldhatatlan vágyakozás sokszor negatívabb hatást gyakorolhat a csecsemőre, mint pár slukk, egy cigarettából, hiszen ilyenkor az anya feszült, ideges, ami köztudottan kedvezőtlen lehet.)** Közvetlenül a szoptatás előtt elszívott cigaretta hatására nehezebben indulhat meg a tej. A legjobb megoldás, hogy

az anya teljesen abbahagyja a dohányzást. Ha ezt nem tudja megtenni, akkor a lehető legnagyobb mértékben próbálja csökkenteni az elszívott cigaretták számát. Ne dohányozzon szoptatás előtt és alatt. Szívja el a cigarettát közvetlenül a szoptatás után, a dohányzás és a szoptatás között hagyjon ki annyi időt, amennyit csak lehet. Ezzel csökkenti a tejbe átmenő nikotin mennyiségét. (A nikotin felezési ideje 95 perc.) (Kun, 2013)

A nikotin tartalmú tapasz, rágógumi és inhalátor – amennyiben rendeltetésszerűen alkalmazzák őket, és az anya nem dohányzik – kisebb kockázatot jelentenek a szoptatott csecsemőre, mint a dohányzás. A tapaszok használatakor kialakuló vérkoncentráció és következményes tejkoncentráció alacsonyabb, mint a dohányzáskor, amennyiben 21mg/die dózissnál kevesebbet tartalmazó tapaszt alkalmaznak. A tapaszt éjszakára el kell távolítani, hogy ezzel is csökkentsük a csecsemő szervezetébe kerülő nikotint. A nikotin tartalmú rágógumik esetén az anyai szérum koncentráció a dohányzókének 30-60%-a. A tapaszok állandó, alacsonyabb plazma nikotin szintet eredményeznek, szemben a rágógumival, ami – a dohányzáshoz hasonlóan – változó plazmaszintekhez vezet: a rágógumi elfogyasztásakor a plazmaszint hirtelen megemelkedik, majd pedig csökken. Ezért a rágógumival leszokó anyát figyelmeztetni kell, hogy a rágógumit szoptatás után fogyassza, majd pedig tartózkodjon a szoptatástól 2-3 órán át. Az inhalátorból minimális mennyiségű nikotin szabadul fel, amely lassan és kis mértékben emeli a plazmaszintet. Ez a kis mennyiség valószínűtlen, hogy hatással lenne a szoptatott csecsemőre. (Kun, 2013)

A dohányzás egy fajta kémiai függőségi betegség, amelyben a nikotin a függőséget kialakító anyag. A dohányzásról való leszokásnál ez a függőség a legnagyobb akadály, mivel majdnem olyan erős, mint a heroin- vagy a kokainfüggőség. A leszokáshoz fontos az akaraterő, de pusztán önmagában nem elég, legtöbbször segítség, támogatás szükséges. A leszokás sikeressége alapvetően két tényezőtől függ. Az egyik az, hogy milyen erős a nikotinfüggőség, a másik pedig az, hogy milyen erős a leszokni vágyó egyén elhatározása, motivációja a leszokásra. Ha gyenge a nikotinfüggőség és erős a motiváltság, akkor megkísérelhető a gyógyszermentes leszokás. Ilyen esetben inkább a pszichés függőség, a megszokás vagy éppen a dohányzó környezet játszik szerepet abban, hogy nehéz letenni a cigarettát. Ilyenkor valóban elég lehet, ha a segítő időt tud szakítani néhány beszélgetésre, tájékoztató füzetek, vagy telefonos leszokási program is hatásos lehet, ha a leszokási szándék elég erős. Közepes, vagy különösen súlyos nikotinfüggőség esetén azonban csak gyógyszeres támogatással lehet reális esély a leszokásra. Ez az állapot már egy szenvedélybetegség, amelyből gyógyszeres és pszichés támogatással lehet kigyógyulni. (Urbán, 2009)

Felhasznált irodalom

- A leszokás folyamata. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet – <http://dohanyzasleszokas.koranyi.hu/index.php/a-leszokas-folyamata> (letöltés időpontja: 2014. 04. 21.)
- Köteles F. – Varsányi P. (2001): Sikeres leszokást! Hogyan hagyjuk abba a dohányzást? – <http://www.med-courier.com/index.phtml?pid=230000&id=476> (letöltés időpontja: 2014. 04. 21.)
- Kun J., G. (2013): Szoptasson-e a dohányzó anya? – http://www.szoptatasportal.hu/szoptasson-e_a_dohanyzo_anya (letöltés időpontja: 2014. 04. 21.)

-
- Levine, M. D. – Marcus, M. D. – Kalarchian, M. A. – Cheng, Y. (2013): Strategies to Avoid Returning to Smoking (STARTS): A randomized controlled trial of postpartum smoking relapse prevention interventions. *Contemporary Clinical Trials* 36(2013) 565-573.
- Urbán R. (2009): A nikotinaddikció. In: Demetrovics Zs. (szerk.) (2009): *Az addiktológia alapjai I.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 107–132.

A kiadvány megjelenését a GYEMSZI es az OTH konzorciumában megvalósuló
TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program biztosította

ISBN 978-615-80062-7-9

Felelős kiadó a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési
Intézet főigazgatója: dr. Török Krisztina
Felelős szerkesztő: dr. Török Krisztina

A műszaki szerkesztés, a borítótervek és a tördelés a Pátria Nyomda Zrt. munkája
A könyv a Pátria Nyomdában készült 140 példányban Budapesten
Felelős vezető: Orgován Katalin vezérigazgató