

ÚTRAVALÓ

Kórházi védőnők továbbképzése

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

KORAGYERMEKKORI PROGRAM
TOVÁBBKÉPZÉS XIII.



Koragyermekkori
program

Andrek Andrea – Gitidiszné Gyetván Krisztina – Kádár Magdolna Katalin

ÚTRAVALÓ

Kórházi védőnők továbbképzése

HALLGATÓI KÉZIKÖNYV

GYEMSZI, Budapest
2014

Szerzők

Andrek Andrea, Gitidiszné Gyetván Krisztina, Kádár Magdolna Katalin

Szerkesztette

Kádár Magdolna Katalin

Szakmai lektor

Dr. Hadházi Éva

A TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt szakmai vezetése

Prof. Fogarasi András szakmai vezető

Kereki Judit szakmai vezető koordinátor

Képzés, humánerőforrás-fejlesztés alprojekt munkatársai

Borbás Krisztina szakmai alprojektvezető

Patkó Alexandra vezető képzésszervező

Nagy Veronika elemiprojekt-vezető

Illés Viktória elemiprojekt-asszisztens

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

I.	KÖSZÖNTŐ	10
II.	RÖVIDEN A KORAGYERMEKKORI (0–7 ÉV) PROGRAMRÓL	11
	II./1. FŐBB FELADATOK, TEVÉKENYSÉGEK A PROGRAMBAN.....	12
	II./1.1 Módszertani fejlesztések	12
	II./1.2 Képzésfejlesztés és továbbképzések szervezése	15
	II./1.3 Informatikai fejlesztés	23
	II./1.4 Védőnői Módszertani Egység (VME) kialakítása	24
	II./1.5 Kommunikációs-disszeminációs tevékenység.....	24
III.	AZ ÚTRAVALÓ – KÓRHÁZI VÉDŐNŐK TOVÁBBKÉPZÉSE	25
	III/1. A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJA	25
	III/2. A RÉSZVÉTEL FELTÉTELEI	26
	III/3. A TOVÁBBKÉPZÉS SORÁN FEJLESZTENDŐ KOMPETENCIÁK	26
	III/4. KÉPZÉSI IDŐ	26
	III/5. CSOPORTLÉTSZÁM.....	27
	III/6. A TOVÁBBKÉPZÉSEN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK	27
	III/7. A TOVÁBBKÉPZÉSBEN RÉSZT VEVŐK TELJESÍTMÉNYÉT ÉRTÉKELŐ RENDSZER, A SZÁMONKÉRÉS MÓDJA	27
	III/8. AZ IGAZOLÁS KIADÁSÁNAK FELTÉTELE.....	27
IV.	MODULTÉRKÉP	28
V.	A KOMMUNIKÁCIÓ ÉS A SZUGGESZTIÓK SZEREPE A SZÜLÉS KÖRÜLI IDŐSZAKBAN	29
	V/1. HATÉKONY KOMMUNIKÁCIÓ	29
	V/1.1 Odafigyelés, avagy értő figyelem	29
	V/1.2 A hatékony kommunikáció kérdéstípusai	29
	V/2. Módosult tudatállapotok, szuggesztiók	31
VI.	TALÁLKOZÁS A VÁRANDÓSSAL, SZÜLÉSFELKÉSZÍTÉS	33
	VI/1. ESETISMERTETÉSEK „BEUGRÓ” JÁTÉKHOZ.....	33
VII.	A SZOPTATÁS MINT BIOLÓGIAI NORMA	35
	VII/1. A SZOPTATÁS BIOLÓGIAI ALAPJA	36
	VII/1.1 Az emlő anatómiája	36
	VII/1.2 Az emlő alakulása és fejlődése	37
	VII/1.3 A laktáció élettana	38

VIII.	BABABARÁT KÓRHÁZ KEZDEMÉNYEZÉS.	40
	VIII/1. A SIKERES SZOPTATÁSHOZ VEZETŐ 10 LÉPÉS.	40
	VIII/2. A „BABABARÁT” MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS 10 LÉPÉSÉNEK	
	GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSA	41
	VIII/2.1 Irányelv-ismertetés	41
	VIII/2.2 Oktatás	43
	VIII/2.3 Szoptatásra felkészítés a várandósság alatt	44
	VIII/2.4 Válaszkész gondoskodás – „aranyóra”	45
	VIII/2.5 Widström a-m.: az élet első órája	46
	VIII/2.6 A szoptatás normál menete	48
	VIII/2.7 Pótlás orvosi indikációja	55
	VIII/2.8 Rooming-in	56
	VIII/2.9 Az igény szerinti szoptatás támogatása	57
	VIII/2.10 A cumi/cumisüveg hatása a szoptatásra	59
	VIII/2.11 Szoptatást támogató szervezetek bemutatása	59
IX.	ANYATEJET HELYETTESÍTŐ TERMÉKEK FORGALMAZÁSÁNAK	
	NEMZETKÖZI KÓDEXE.	60
	IX/1. A KÓDEX ÖSSZEFOGLALÁSA	62
X.	NEM SZOPTATÓ ANYÁK TÁMOGATÁSA	63
XI.	A LAKTÁLÓ EMLŐVEL ÉS AZ EMLŐBIMBÓVAL ÖSSZEFÜGGŐ	
	KÓRÁLLAPOTOK, ÉS AZOK KEZELÉSE.	65
	XI/1. TELI MELL.	65
	XI/2. TÚLTELTŐDÉS.	65
	XI/3. TEJCSATORNA-ELZÁRÓDÁS.	66
	XI/4. MASTITIS	66
	XI/5. TÁLYOG.	67
	XI/6. MELLFÁJDALOM.	67
	XI/7. FÁJDALMAS, SÉRÜLT EMLŐBIMBÓ.	67
	XI/8. DERMATITIS	68
	XI/9. ÉRSZŰKÜLET, ÉRGÖRCES, RAYNAUD-SZINDRÓMA	68
	XI/10. BLEB	69
XII.	A NEM MEGFELELŐ TEJTERMELÉS ÉS/VAGY LASSÚ SÚLYFEJLŐDÉS/	
	FOGYÁS KEZELÉSE.	70
	XII/1. ALTERNATÍV TÁPLÁLÁSI MÓDSZEREK	70
	XII/1.1 Etetés pohárból	70
	XII/1.2 Ujjetetés	71
	XII/1.3 Szoptatás kiegészítése Szoptanittal és hasonló elv alapján	
	működő eszközökkel	71

XIII.	AKUT GYÁSZBAN LÉVŐ ANYÁK TÁMOGATÁSA	72
XIV.	ABLAKTÁLÁS	74
XV.	VESZÉLYEZTETETT ANYÁK ÉS ÚJSZÜLÖTTEK	76
	XV/1. HÁTTÉRANYAG.....	76
	XV/2. AZ ÚJRAFOGALMAZÁS.....	79
XVI.	A KÓRHÁZI VÉDŐNŐ FELADATA A GYERMEKVÉDELMI JELZŐRENDSZERBEN	81
	XVI/1. VONATKOZÓ JOGSZABÁLYOK, RENDELETEK.....	81
	XVI/2. VESZÉLYEZTETŐ TÉNYEZŐK.....	82
	XVI/3. A GYERMEKVÉDELMI RENDSZER.....	84
	XVI/3.1 Személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekjóléti alapellátások.....	85
	XVI/3.2 Gyermekjóléti központ.....	87
	XVI/3.3 A gyermekjóléti szolgálatok és a védőnők közös feladatai.....	88
	XVI/3.4 A járási gyámhivatal feladata és hatásköre.....	88
	XVI/4. A GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁS KERETÉBE TARTOZÓ HATÓSÁGI INTÉZKEDÉSEK.....	90
	XVI/5. A GYERMEKVÉDELMI JELZŐRENDSZER FELADATA.....	92
	XVI/6. A GYERMEKVÉDELMI RENDSZER ÉS A VESZÉLYEZTETETTSÉGET ÉSZLELŐ ÉS JELZŐ RENDSZER TAGJAINAK KÖTELEZETTSÉGE.....	93
	XVI/6.1 Az egészségügy feladata.....	93
	XVI/6.2 A kórházi védőnő.....	95
	XVI/6.3 A rendőrség feladata.....	96
XVII.	HATÉKONY EGYÜTTMŰKÖDÉS ÉS KAPCSOLATTARTÁS	97
	XVII/1. A KÓRHÁZI VÉDŐNŐ FELADATAI A JELZŐRENDSZERBEN ...	97
	XVII/1.1 Szituációs gyakorlatok.....	97
	XVII/2. DOKUMENTÁCIÓ.....	98
	XVII/2.1 Minőségi dokumentáció.....	98
	XVII/2.2 Problémajelző adatlap/környezettanulmány.....	99
	XVII/2.3 Születésbejelentő Rendszer.....	99
	XVII/3. RÖVIDEN A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓRÓL.....	101
	XVII/4. KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓ.....	102
	XVII/4.1 A koragyermekkorai intervenció szolgáltatásai.....	103
	XVII/4.2 Fogalmak.....	103
	XVII/4.3 A koragyermekkorai intervenció rendszer.....	104
	XVII/5. A SZÜLŐK TÁMOGATÁSÁNAK ESZKÖZEI, SZÜLŐSEGÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOK.....	105

XVII/5.1 „Koramentor” program (Betegen világra jött újszülöttek családjait támogató program)	105
XVII/5.2 Down Alapítvány	105
XVII/5.3 KézenFogva Alapítvány – FECSKE program	106
XVII/5.4 Szemem fénye Alapítvány – Dóri Ház	107
XVII/5.5. KORAHÁZ Támogató Központ	108
XVII/6. MOZGÁSTERÁPIÁK, FEJLESZTŐ FOGLALKOZÁSOK	108
XVII/6.1 Dévény Speciális manuális technika - Gimnasztika Módszer (DSGM)	108
XVII/6.2 Katona-módszer	108
XVII/6.3 Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (HRG).	109
XVII/6.4 TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning) szárazföldi tréning	109
XVII/6.5 Bobath-módszer	109
XVII/6.6 Pető-módszer	110
XVIII. ÖRÖKBEOGADÁS	111
XVIII/1. SZITUÁCIÓS GYAKORLAT	111
XVIII/2. AZ ÖRÖKBEOGADÁS CÉLJA	111
XVIII/3. AZ ÖRÖKBEOGADÁS FELTÉTELEI	111
XVIII/4. AZ ÖRÖKBEOGADÁS FORMÁI	113
XVIII/4.1 Nyílt örökbefogadás	113
XVIII/4.2 Titkos örökbefogadás	113
XVIII/5. AZ ÖRÖKBEOGADÁSI ELJÁRÁS	114
XVIII/6. A NYÍLT ÖRÖKBEOGADÁS SPECIÁLIS SZABÁLYAI – CIVIL SZERVEZETEK	115
XVIII/7. A TITKOS ÖRÖKBEOGADÁS SPECIÁLIS ESETE	115
XVIII/8. A KÓRHÁZI VÉDŐNŐ JELZŐRENDSZERI KÖTELEZETTSÉGE	116
XIX. A BURNOUT TÜNETEGYÜTTES TERÁPIÁJA, REKREÁCIÓS LEHETŐSÉGEK	117
XIX/1. PREVENCIÓ	117
XIX/1.1 Általános motiváció	117
XIX/1.2 Személyes motiváció	117
XIX/2. INTERVENCIÓ	118
XIX/2.1 Krízisintervenció	118
XIX/3. A BURNOUT KIALAKULÁSÁNAK ÖT FÁZISA	118
XX. HÁTTÉRTANULMÁNYOK	121
XX/1. A SZÜLÉS HORMONÁLIS ÉS ÉRZELMI VÁLTOZÁSAI	121
XX/1.1 A szülés minősége	121

XX/1.2 A szülés hormonális és érzelmi változásai az újabb kutatások türkében	123
XX/1.3 Az együttszülésről.	125
XX/1.4 Az apa és a testvérek szerepe a gyermek fogadásában.	128
XX/1.5 Hitek, tévhitek	131
XX/2. A GYERMEKÁGY KRÍZISHELYZETEI	132
XX/2.1 A krízisállapot fogalmának tisztázása.	132
XX/2.2 A zavartalan gyermekágy testi és lélektani történései	133
XX/2.3 Krízisállapotok a gyermekágy idején	134
XX/2.4 Gyakorlati alkalmazási lehetőségek.	136
XX/2.5 Hitek, tévhitek	139
XX/3. AJÁNLOTT SZAKIRODALOM	139
XX/4. CSECSEMŐTÁPLÁLÁSSAL KAPCSOLATOS FOGALMAK.	140
XX/5. ÚTMUTATÓ PERINATÁLIS VESZTESÉG ESETÉN.	142
XXI. FELHASZNÁLT ÉS AJÁNLOTT IRODALOM.	145

I. KÖSZÖNTŐ

Kedves Olvasó!

Szeretettel köszöntjük az ÚTRAVALÓ – Kórházi védőnők továbbképzésén. Háromnapos képzésünk teljes tananyagát tartja kezében, amit hivatalosan Hallgatói Kézikönyvnek (HK) nevezünk. A HK teljes felépítésében és szerkezetében követi a blokkok menetét, ezzel igyekeztünk segíteni a tanulási folyamatot, így a képzés során követhető a fejezetek sorrendje. A továbbképzés áttekintését egy modulterkép segíti, amely mutatja, hogy mi kapcsolódik a nagyobb témákhoz, és a leckék hogyan követik egymást.

A kézikönyvbe belelapozva látható, hogy ez egy munkafüzet jellegű kiadvány. Továbbképzésünk gyakorlatorientált: leginkább kis csoportokban és párokban fogunk dolgozni. Kórházban dolgozó védőnőként számos témában jártasságot szerzett, és a mindennapi munkában alkalmazza is ezeket, de a tananyag fejlesztése során törekedtünk arra, hogy a legkorszerűbb tudományos ismereteken alapuló információkat adjuk át, melyet sok kommunikációs jellegű gyakorlat és szituációs játék gazdagít. Bízunk abban, hogy a tananyag sok újdonságot tartalmaz, melyeket a munkában eredményesen tud hasznosítani. Kézikönyvünkkel egy olyan eszközt szeretnénk az ön kezébe adni, mely vezérfonala és egyben garanciája lehet annak, hogy mindannyian ugyanazért a szakmai célért dolgozzunk. A továbbképzéshez jó munkát és sok sikert kívánok a tananyagfejlesztők és a teljes projektstáb nevében!

Borbás Krisztina
képzési alprojekt szakmai vezető

II. RÖVIDEN A KORAGYERMEKKORI (0-7 ÉV) PROGRAMRÓL

Az európai uniós forrásból megvalósuló TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 azonosítószámú, Koragyermekkorai (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.¹ 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/háziorvosok² 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 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

2 Jelen dokumentumban a házi gyermekorvosok/háziorvosok kifejezésben a házi orvos alatt a gyermeket is el-látó, vegyes praxisban dolgozó házi orvosokat értjük.

II./1. FŐBB FELADATOK, TEVÉKENYSÉGEK A PROGRAMBAN

II./1.1. Módszertani fejlesztések

A módszertani fejlesztések során szakmai anyagok, koncepciók, útmutatók kidolgozása történik. Néhány, a legfontosabb fejlesztések közül:

SZÜLŐI KÉRDŐÍV ÉS GYERMEK-ALAPELLÁTÁSI ÚTMUTATÓ

A gyermekeknek a fejlődési elmaradása, zavara, netalán fogyatékosága sokszor rejtve marad a közoktatási, illetve a szociális rendszer előtt, és az iskolai teljesítményzavarok megjelenésekor válik nyilvánvalóvá, diagnosztizálhatóvá. Ehhez a folyamathoz nagyban hozzájárul a szülők tájékozatlansága, a megfelelő ismeretanyag hiánya is. A projektben kifejlesztett, 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 segédanyag 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.

A gyermekek fejlődését – a szülők véleménye alapján – vizsgáló kérdőívet szakértők állították össze. A kérdőív 15 életkorban vizsgálja a 0–7 éves gyermekek pszichomotoros fejlődését. A kérdőív tesztelése egy pilot program keretében 1650 gyermek (és szüleik) és a pilotra speciálisan felkészített védőnők, illetve házi gyermekorvosok/háziorvosok bevonásával történt. A pilotban részt vevő gyermekek, családok területi, populációs és gazdasági-szociális körülményei is a vizsgálat tárgyát képezték, valamint a pilot kiterjedt a nyelvi értelmezhetőségre is.

Jelenleg a korai életszakaszban kiszűrt, eltérő fejlődést mutató gyermekek aránya 5% alatt van. A szülői kérdőív segítségével a pilot végén ez az arány 7,33%-ot mutatott. Hosszú távon azonban nem is ez a néhány százalékos növekedés a legfontosabb, hanem hogy hamarabb, a korai intervenció hatékonysága szempontjából kedvezőbb életkorban történhet meg a felismerés, az intervencióra szoruló gyermek kiszűrése. A projekt támogatja azt a törekvést, hogy a nagyobb arányban és főként korábban kiszűrt gyermekek optimális ellátása érdekében célszerű – jelen projektekre épülően – a koragyermekkori intervencióért felelős intézményrendszer korszerűsítése, kapacitásának bővítése is, illetve a rászoruló gyermekek eljuttatása a megfelelő fejlesztő szakemberekhez.

A pilot programban részt vevő házi gyermekorvosok/háziorvosok és védőnők visszajelzései alapján a kérdőívet valamennyi szülő kellően részletesnek és érthetőnek találta (né-

hány esetben kellett csak védőnői segítség a kitöltéshez), illetve segített nekik megismerni a saját gyermekük fejlődési szintjét. A kapcsolódó tájékoztatókat informatívnak, egyértelműnek találták, sokszor hiányt pótló kiadványként írták le.

Az eredmények alapján dolgoztuk ki azt a megújuló szűrési metodikát, amelyet a projekt keretében megvalósuló továbbképzések során átadunk a védőnőknek, házi gyermekorvosoknak/háziorvosoknak.

ŐRZŐK – EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÓK GYAKORLATKÖZPONTÚ KÉZIKÖNYVE

Az Őrzők – egészségügyi alapellátók gyakorlatközpontú kézikönyve elkészítésének hosszú távú célja, hogy a területi védőnők, a házi gyermekorvosok/háziorvosok megfelelő támogatást tudjanak nyújtani a szülőknek gyermekük fejlődésének követéséhez, valamint a bevezetésre kerülő új szűrőteszt konzultáció során hatékony, egyre inkább a személyközpontú megközelítésen alapuló kommunikációt tudják kialakítani a családokkal a korábbi, egyoldalú közlésen, elvárásokon alapuló szemlélet helyett. Ennek elősegítése érdekében került sor a tanácsadási kézikönyv elkészítésére, amely a projektben szervezett továbbképzések alapanyagául szolgál majd, s amely kompetenciák figyelembevételével differenciálja a tudásanyagot.

A kézikönyv első része a szűrőtesztre felkészítés és az azzal kapcsolatos kommunikáció módszertana, amely a védőnő és a gyermeket ellátó orvos napi tevékenysége során hasznos ismeretekkel szolgáló, könnyen áttekinthető szakmai anyag. A gyermeki fejlődés ismertetésére a korcsoportonként és fejlődési területenként kerül sor.

A védőnőknek, házi gyermekorvosoknak, háziorvosoknak mint a családot legjobban ismerő szakembereknek fontos, hogy egységes, szakmailag releváns, korszerű szakmai ismeretei legyenek a családokban manapság előforduló jellegzetes viselkedési és nevelési problémákról. Különösen a védőnők esetében fontos ez, hiszen a család gondozói munkájuk megkívánja, hogy a legalapvetőbb család dinamikai fogalmakkal tisztában legyenek, ezeket az ismereteket jól tudják alkalmazni, és az észlelt problémát idejében felismerni és beazonosítani. Képesek legyenek a szülők számára is ezek fontosságát közvetíteni, a tudatosításban és a belátásában segítséget nyújtani, valamint, ha a kívánt változás nem jön létre, tudják a szülőket a megfelelő szakemberekhez irányítani, és e segítség igénybevételét motiválni. A házi gyermekorvosnak/háziorvosnak is szüksége van hasonló ismeretekre, természetesen az eltérő kompetenciák, feladatok miatt differenciált megközelítésben. Az ehhez szükséges módszertani útmutató a kézikönyv 2. részében található. A szakemberek számára kétféle megközelítésben nyújt segítséget az útmutató: egyrészt tartalmazza azokat a nevelési, szülői (felnőtt környezeti) viselkedéseket, élethelyzeteket, melyek nagymértékben befolyásolják a gyermek egészséges személyiségfejlődését, másrészt meghatározza azokat a problémás viselkedéseket, amelyeket a gyermek „válaszaként”, reakciójaként érzékelhetünk a nevelési problémákra, és amelyeket a szakember tapasztal a gyermekkel való találkozáskor, vagy a szülő panasa alapján tud beazonosítani.

A kézikönyvet 7000 nyomtatott példányban jelentetjük meg, és eljuttatjuk a védőnőknek és a gyermekeket ellátó háziorvosoknak.

IRÁNYELVEK

Alapvető cél, hogy a 0–7 éves korú gyermekek ellátási folyamatában egységes szakmai szabályok érvényesüljenek, ennek érdekében a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek készüljenek, melyek felhasználják a tapasztalati bizonyítékokat és az ellátási környezetben megfelelően alkalmazhatók.

A projektben az új szakmai irányelvek témakörei:

1. A 0–7 éves korú gyermekek nyilvántartásáról az alapellátásban.
2. Az újszülött és a gyermekágyas anya területen történő első ellátása során az egészségügyi alapellátás feladatairól.
3. Az egészséges újszülött és csecsemő gondozása az egészségügyi alapellátásban.
4. Az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról.
5. Az 1–3 éves kor közötti egészséges kisgyermekek táplálásáról.
6. A gyermekek testi fejlődésének, növekedésének és tápláltsági állapotának értékeléséről.
7. A 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről.
8. A 0–18 korú gyermekek látásfejlődésének követéséről, a kancsalság és a fénytörési hibák felismeréséről.

EGYÜTTMŰKÖDÉS – KOMPETENCIÁK

Az egészségmegőrzéssel, a nők és gyermekek gondozásával és a fejlődéssel kapcsolatos információk sokaságában nehéz eligazodni, ugyanakkor a családoknak hiteles forrásból származó tanácsadásra és segítségre van szükségük. Miközben az ellátásban és az ellátás szabályozásában sok a párhuzamosság, mégsem állapítható meg egyértelműen bizonyos feladatok ellátásában a felelősség. Ugyanez mondható el az egészségügyi alapellátás, a köznevelés, a családsegítés, gyermekvédelem együttműködéséről is. Ezért a projekt egyik fontos törekvése az egészségügyi alapellátás preventív ellátási feladatainak, a szakemberek együttműködésének és feladatmegosztásának áttekintése, a szakmai kompetenciáiknak megfelelő célszerű munkamegosztás, együttműködés és információcsere meghatározása. A védőnői ellátást segítő, az utóbbi években számos protokoll és iránymutatás született, a házi gyermekorvosok/háziorvosok számára viszont nem állnak rendelkezésre hasonló, a prevenciót segítő irányelvek, és ezek hiányában a feladatok összehangolása – amelyre pedig nagy az igény – nehéz. A projekt a prevenció szintjeinek megfelelően tagolta a szükséges ellátásokat, és javaslatokat dolgozott ki a házi gyermekorvos/háziorvos és területi védőnő, valamint a napközbeni ellátás gyermekintézményeiben ellátást végző bölcsődeorvos, óvodaorvos és védőnő közötti feladatmegosztásra.

Kompetenciavizsgálattal kapcsolatos új dokumentumok:

1. „Ellátási szükségletek a preconceptionális szakasztól az iskoláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás a gyermek-egészségügyi alapellátásban.”

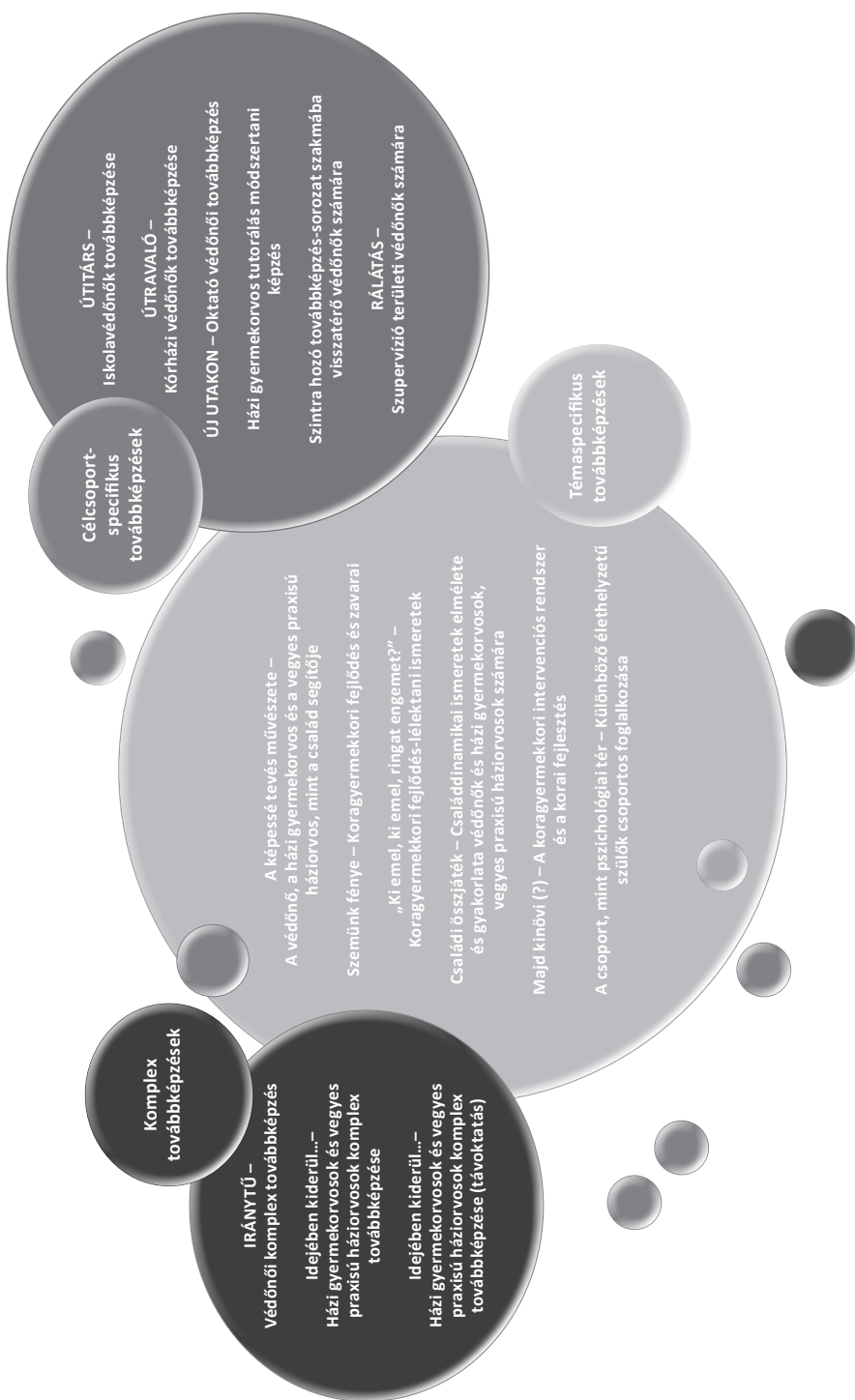
2. „Egészségügyi ellátási szükséglet a napközbeni ellátás intézményeiben, valamint az óvodai nevelés során, különös tekintettel a hátrányos helyzetű gyermekekre. Orvos és védőnő feladatai.”
3. „A gyermekjóléti alapellátást és szakellátást biztosító intézmények és a gyermek egészségügyi alapellátás kapcsolata.”
4. „Jogi és szakmai szabályozást, fejlesztést igénylő javaslatok.”

II./1.2 Képzésfejlesztés és továbbképzések szervezése

A projektben kidolgozott szakmai, módszertani elemek számos újítást vezetnek be a gyermek-alapellátásban dolgozó szakemberek mindennapi munkájában, ezért a projekt során a szakmai újítások tananyagáá fejlesztése, majd ezek ingyenes, pontszerző továbbképzések formájában történő oktatása is megtörténik a védőnők, házi gyermekorvosok/háziorvosok részére.

A projekt által kínált összes továbbképzési programot figyelembe véve kb. 6000 fő továbbképzése, fejlesztése zajlik a projektidőszak alatt. A projekt keretein belül minden továbbképzés ingyenesen vehető igénybe, a szakemberek széles kínálatból választhatják ki azt vagy azokat a programokat, amely(ek) iránt leginkább érdeklődnek.

Az alábbiakban bemutatjuk a védőnőknek, házi gyermekorvosoknak/háziorvosoknak szóló továbbképzések fajtáit.



KOMPLEX TOVÁBBKÉPZÉSEK

IRÁNYTŰ – VÉDŐNŐI KOMPLEX TOVÁBBKÉPZÉS

A védőnői komplex továbbképzés célja, hogy a területen dolgozó védőnők megismerkedjenek a Koragyermekkori (0–7 év) program módszertani fejlesztéseivel: a Szülői megfigyelésen alapuló kérdőív használatával, a *Gyermek-alapellátási útmutatóval*, ezáltal a koragyermekkori pszichomotoros fejlődés és az abban észlelt zavarok tekintetében rendszerszemléletre alapozott ismeretekre tegyenek szert. Cél, hogy a védőnők ismerjék a „gyermekutakat”, képesek legyenek a fejlesztő szakemberekkel történő teammunkára a hatékony gondozás kialakítása érdekében, és hogy megismerjék a védőnői tevékenységre vonatkozó új szakmai szabályokat, irányelveket, melyek változást vagy új gyakorlatot eredményeznek a területi védőnők mindennapi munkájában.

Tervezetten 3000 területi védőnő vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási anyagokat és az oktatókat egyaránt. Az akkreditált (minősített) továbbképzést kiscsoportokban (7–20 fő), a területi védőnőkhöz lehetőség szerint a legközelebbi helyszíneken, azaz járási központi városokban és megyeszékhelyeken szervezzük. Az elsősorban elméleti jellegű továbbképzés 1+2+2 napos bentlakásos, kontaktórás blokkokban zajlik, melynek sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek.

IDEJÉBEN KIDERÜL... – HÁZI GYERMEKORVOSOK ÉS VEGYES PRAXISÚ HÁZIORVOSOK KOMPLEX TOVÁBBKÉPZÉSE

A házi gyermekorvosok/háziorvosok komplex továbbképzése tematikájában azok a módszertani fejlesztések, szakmai ismeretek, metodikák jelennek meg, amelyek új irányelv, útmutató vagy módosított jogszabály stb. révén változtatást vagy új gyakorlatot eredményeznek a házi gyermekorvosok/háziorvosok munkájában. Ilyen például a *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*, vagy a gyermeki fejlődést befolyásoló (rizikó)tényezők objektív értékelésére szolgáló kérdőív.

Tervezetten 1200 házi gyermekorvos/háziorvos vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási anyagokat és az oktatókat egyaránt.

A házi gyermekorvosok/háziorvosok komplex továbbképzése kétféle képzési forma szerint kerül megrendezésre: kontaktnap, illetve távoktatás formájában.

- Kontaktnap esetén az akkreditált (minősített) továbbképzést kiscsoportokban (7–20 fő) a házi gyermekorvosokhoz/háziorvosokhoz lehetőség szerint a legközelebbi helyszíneken, azaz járási központi városokban és megyeszékhelyeken szervezzük. Az elsősorban elméleti jellegű továbbképzés 1+2 napos bentlakásos, jelenléti képzés keretében zajlik.
- Távoktatás formájában az akkreditált (minősített) továbbképzés a projekt által kifejlesztett e-learning felületen teljesíthető.

Mindkét továbbképzéstípus sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek.

TÉMASPECIFIKUS TOVÁBBKÉPZÉSEK

A témaspecifikus továbbképzések egy-egy témára mélyebben és gyakorlatorientáltabban fókuszálnak, mint a komplex továbbképzések.

Tervezetten 975 területi védőnő, illetve házi gyermekorvos/háziorvos vesz részt a továbbképzéseken, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási anyagokat és az oktatókat egyaránt.

Az akkreditált (minősített) továbbképzéseket kiscsoportokban (7–20 fő) a területi védőnőkhöz, illetve a házi gyermekorvosokhoz/háziorvosokhoz lehetőség szerint a legközelebbi helyszíneken, azaz járási központi városokban és megyeszékhelyeken szervezzük. Az első-sorban interaktív, gyakorlati jellegű továbbképzés 3 napos bentlakásos, kontaktórás formában zajlik. A továbbképzés sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjthetnek.

Az alábbi hat témaspecifikus tréning jellegű továbbképzésre várjuk a résztvevőket:

1. A képessé tevés művészete – A védőnő, a házi gyermekorvos és a vegyes praxisú háziorvos, mint a családok segítője

A továbbképzés elvégzése után a résztvevők képesek lesznek értelmezni a hétköznapi elvárásokból kiindulva nehezen vagy egyáltalán nem érthető kommunikációs helyzeteket és erre a megértésre építve képessé válnak tudatosan, irányítottan alkalmazni mind a hétköznapi, mind a speciális kommunikációs technikákat. A továbbképzés egyfajta hétköznapi pszichológiai szemléletből indul ki, ami a megszokottól eltérő helyzetek, emberi megnyilvánulások „mögé néző” értelmezésére épít, vagyis a tréning íve a korábban rendelkezésre álló tudás alapján nem érthető dinamikák megértésére alapoz.

2. Szemünk fénye – Koragyermekkorai fejlődés és zavarai

A tréning jellegű továbbképzésen mozgásos, játékos gyakorlatok során multiszenzoros támogatással átélt saját élmények értelmező feldolgozásán keresztül sajátíthatják el a résztvevők a szükséges ismereteket és készségeket a vonatkozó témákkal kapcsolatban, melyek a következők: Koragyermekkorai fejlődés – mozgásoktól elkezdve a pszichoszociális fejlődésig, Koragyermekkorai diagnosztika, Koragyermekkorai intervenciós lehetőségek. A tréning jellegnek köszönhetően az aktív részvétel garancia a későbbi lehető leghatékonyabb önálló hasznosításra, valamint a legmodernebb hazai és nemzetközi megközelítések, módszerek aktív feldolgozása elősegíti, hogy a megismert információk, kipróbált technikák valóban készség szinten ivódjanak be a személyiségbe és valóban hatékonyan, „kézzel foghatóan” járuljanak hozzá a mindennapi szakmai munka sikeréhez.

3. „Ki emel, ki emel, ringat engemet?” – Koragyermekkori fejlődés-lélektani ismeretek

A továbbképzés célja a résztvevők fejlődés-lélektani ismereteinek bővítése, kompetenciáinak fejlesztése az édesanyák és a csecsemők, kisgyermekek kapcsolati problémáinak prevenciójára, illetve észlelésére és jótékony befolyásolására. A továbbképzés gyakorlatorientált módon áttekinti a fejlődés-lélektan modern irányait, mely során a szakemberek a koragyermekkorral foglalkozó modern fejlődés-lélektan fő irányzatait ismerik meg, ezekkel kapcsolatban élményeket szereznek, valamint érzékenyekké válnak a megszerzett tudástartalmak és a mindennapos szakmagyakorlás összefüggéseire.

4. Családi öszjáték – Családdinamikai ismeretek elmélete és gyakorlata védőnők, házi gyermekorvosok és vegyes praxisú háziorvosok számára

A továbbképzés általános célja olyan ismeretek átadása a család működésével, a tünetek és családi diszfunkciók összefüggésével kapcsolatban, melyeket a továbbképzésben részt vevők mindennapi munkájukban használni tudnak, valamint célja a továbbképzésben részt vevők érzékenyítése, készségeinek fejlesztése, szemléleti keret megalapozása önismereti elemekkel. A továbbképzés formája interaktív, tapasztalati tanulás módszertanán alapuló csoportmunka, melynek kulcsfogalma a változás. A rendszerelvű családterápiás szemlélet elsajátítása az egészségügyi szakemberek segítségére lehet abban, hogy jobban megérthessék betegeik, gondozottjaik lelki folyamatait, családi kapcsolatait, beleértve azt is, milyen kapcsolatban vannak egymással. Ezen ismeretek és készségek birtokában a szükséges beavatkozásokat könnyebben tudják megtervezni, vagy a megfelelő társszakembereket bevonni.

5. Majd kinövi (?) – A koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés

A továbbképzés célja, hogy a szakemberekkel megismertesse a 0–7 éves korú, speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik ellátásában részt vevő koragyermekkori intervenció rendszer működését, hogy széles körű információt nyerjenek a különböző ágazati irányítás alá tartozó ellátók, szolgáltatók tevékenységeiről, a különböző szakterületeken működő szakemberek feladatairól, kompetenciáiról, együttműködési lehetőségeiről. A szakemberek képet kapnak az ellátásokhoz való hozzájutást akadályozó tényezőkről, a hozzáférési egyenlőtlenségekről, az érintett gyermekek és családok jellemzőiről. Az ellátások, szolgáltatások széles választékának bemutatása, valamint a legismertebb terápiákról, fejlesztési eljárásokról való tájékoztatás hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi alapellátásban dolgozók a minél korábban megtörténő, megfelelő ellátáshoz való hozzájutásban jobban tudják támogatni a családokat. A szülősegítő szolgáltatásokról, a szociális juttatások rendszeréről nyert információkat a saját gyakorlatukban adaptív módon tudják majd érvényesíteni. Megismerkednek az egészségügyi, szociális, oktatási intézményrendszereken belüli és az intézményrendszerek közötti továbbjutási útvonalakkal, jelzési lehetőségekkel, és egy lehetséges gyermekút modellel, amely a jövőbeni szolgáltató rendszer alapját képezheti majd. Ez remélhetőleg segíteni fogja az alapellátásban dolgozókat abban, hogy a különböző területeken dolgozó szakemberekkel jól működő kapcsolatokat építsenek ki, és szorosabban együtt működjenek a gyerekek és családjaik hatékonyabb ellátása érdekében.

6. A csoport, mint pszichológiai tér – Különböző élethelyzetű szülők csoportos foglalkozása

A továbbképzés felkészíti a résztvevőket arra, hogy különleges élethelyzetben élő szülők számára támogató csoportokat alapítsanak, vezessenek és tartsanak fenn.

A továbbképzés során a résztvevők megismerkedhetnek a csoportvezetés alapvető ismereteivel, a csoport kommunikációs igényeivel, a találkozók során felmerülő problémák megoldási lehetőségeivel, a csoportszervezés alapjaival. A tréning elméleti ismereteket, gyakorlati képzést és saját tapasztalatok szerzését biztosítja a továbbképzésben részt vevők számára, mely a felkészíti őket arra, hogy különleges élethelyzetben élő szülők számára támogató csoportokat alapítsanak, vezessenek és tartsanak fenn.

A szülőcsoportokban rejlő lehetőségek ma még kiaknázatlanok; számtalan család küzd különleges problémákkal, de nehezen találhatnak egymásra, nehezen találhatnak olyan bázisra, amely kielégítő információkkal, lelki támasszal és gyakorlati segítséggel látná el őket. A szülőcsoport megfelelő megoldás számukra. Ha felkészült szakmai vezető jelenlétében rendszeresen találkozhatnak sorstársaikkal, védett, bizalmi környezetben, új információkra, elfogadásra és támogatásra számíthatnak, könnyebben küzdhetnek meg különleges élethelyzetük nehézségeivel. Legyen akár szoptató anyákból álló csoport, várandósok csoportja, sérült gyermeket nevelő szülők csoportja, cukorbeteg gyereket nevelő szülők csoportja, a rendszeres összejövetelekkel biztos segítséget nyernek.

CÉLCSOPORT-SPECIFIKUS TOVÁBBKÉPZÉSEK

ÚJ UTAKON – OKTATÓ VÉDŐNŐI TOVÁBBKÉPZÉS

A projekt célja a védőnői alapképzésben közreműködő területi/iskolai gyakorlatvezető oktató védőnők számára oktatásmódszertanra specifikált továbbképzés szervezése, valamint a továbbképzést sikeresen elvégzettek közül egy közös, a képzőintézmények számára is elérhető névjegyzék létrehozása.

A képzési program hiánypótló, hiszen eddig nem volt még olyan, kizárólag oktató, gyakorlatvezető védőnők számára fejlesztett intenzív továbbképzés, mely nem a védőnői, egészségügyi ismeretek megerősítésére, hanem kimondottan a pedagógiai, a mentorálási, a hallgatók kísérésére irányuló feladatokra, illetve a pályaorientációjuk hatékony támogatására és az ezekkel összefüggő kompetenciákra fókuszált volna. A program az oktatásban közreműködő védőnőknek segít átgondolni a gyakorlat folyamatát és felépítését, a hallgató tanulását támogató módszereket, a mentorálási jellegű munka nehézségeit és örömeit, továbbá jól alkalmazható ötleteket ad például egy értékelési vagy kommunikációs helyzetben is.

Tervezetten 250–300 gyakorlatvezető oktató védőnő vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási anyagokat és az oktatókat is. A továbbképzések vezetését trénerpárok látják el, ahol a pár egyik tagja felsőoktatásban, védőnői módszertanban jártas szakember, a másik pedig tréningvezetési tapasztalattal rendelkező szakember.

Az akkreditált (minősített) továbbképzést kiscsoportokban (7–20 fő), megyeszékhelyeken szervezzük. A blended learning típusú továbbképzés 3 napos bentlakásos, kontaktórás

és e-learning blokkokat egyaránt tartalmaz. A továbbképzés sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek és lehetőségük lesz a névjegyzékbe bejelentkezni.

HÁZI GYERMEKORVOS TUTORÁLÁS MÓDSZERTANI KÉPZÉS – TOVÁBBKÉPZÉS OKTATÓ HÁZI GYERMEKORVOSOK (TUTOROK) SZÁMÁRA

A továbbképzés célja a területen működő gyakorló házi gyermekorvos tutorok felkészítése a család- és gyermekgyógyászati, illetve háziórvostani szakorvosképzéshez kapcsolódó külső szakmai gyakorlatok vezetésére. A „mit” oktassunk kérdése mellett fontos a „hogyan” oktassunk kérdése is, mindezért a kizárólag tutorok számára fejlesztett intenzív továbbképzés elsősorban nem az orvosi, egészségügyi ismeretek megerősítésére, hanem kimondottan a pedagógiai, a mentorálási, a szakorvosjelöltek oktatásának módszertani elemeinek támogatására irányul. A távlati cél a továbbképzést sikeresen elvégzettekől álló házi gyermekorvosi tutor rendszer kialakítása jól működő praxisokból, illetve jól képzett oktató házi gyermekorvosokból áll, akik nemcsak a szakmájukban, hanem a jövő orvos generációjának oktatásában is korszerű ismeretekkel, módszerekkel rendelkeznek.

Tervezetten 60 tutor vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási anyagokat és az oktatókat is. Az akkreditált (minősített) továbbképzést kiscsoportokban (7–20 fő), tervezetten az orvosi egyetemek városai-ban szervezzük. A blended learning típusú továbbképzés 3 napos bentlakásos, kontaktórás és e-learning blokkokat egyaránt tartalmaz. A továbbképzés sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek.

SZUPERVÍZÍÓ PILOT TERÜLETI VÉDŐNŐK SZÁMÁRA

A szupervízió a munkahelyi kontextusban felmerülő kommunikációs és együttműködési problémákra reflektáló, a résztvevő (szupervizált) saját tapasztalataiból kiinduló és oda-visza csatoló tanulási folyamat, mely abban segít, hogy a megszokottól eltérő módon, más nézőpontból lássunk rá a munkahelyi elakadásokra. A szupervízió célja a hivatásszemélyiség gondozása, azaz a szakmai működéshez szükséges kompetenciák, viselkedési formák átgondolása, megértése. A szakmai személyiség „karbantartását” és fejlesztését célzó szupervízió a projektben csak a területi védőnők számára érhető el továbbképzés formájában. A szupervíziós folyamat teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek.

2013 szeptemberében 40 csoportban 334 területi védőnő kezdte meg a szupervíziós folyamatot a projekt keretein belül. A csoportok közül 17 indult leghátrányosabb helyzetű térségben. A programra jelentkezők száma messze felülmúlta az előzetes várakozást. Határidőn belül 626 egyéni védőnői jelentkezés, illetve ezzel párhuzamosan 93 csoport regisztrációja érkezett be. Ez a projekt lehetőségeihez képest kb. 100%-os túljelentkezést jelentett. A szupervíziós folyamat iránti nagyfokú érdeklődés miatt keressük további csoportok indításának lehetőségét.

BETÖLTETLEN SZOLGÁLATOK PILOT TERÜLETI VÉDŐNŐK SZÁMÁRA

A védőnői szolgálat hozzávetőleg 260 betöltetlen üres állást tart nyilván, ennek közel fele olyan szolgálat, amit már több mint egy éve helyettesítéssel látnak el. A pilot célja a betöltetlen helyekre a védőnői képesítéssel rendelkező, pályaelhagyó, tartósan távol lévő védőnők visszailleszkedésének segítése.

Tervezetten 50 pályaelhagyó, illetve tartósan távol lévő védőnő vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási segédanyagokat és az oktatókat is. A szintre hozó, gyakorlati képzési program egy akkreditált továbbképzési csomag, mely három kétnapos, egymásra épülő továbbképzést, illetve egy ösztönző programot tartalmaz. Az ösztönző program keretében a projekt a képzést sikeresen elvégzetteknek segítséget nyújt a védőnői szakmában történő elhelyezkedéshez.

ÚTRAVALÓ – KÓRHÁZI VÉDŐNŐK TOVÁBBKÉPZÉSE

A továbbképzés célja, hogy támogassa és hosszú távon is segítse megőrizni a kórházi védőnők empátiás készségét. A szakmai identitás megszilárdítását segítő modulok lehetővé teszik az összetartozás és kölcsönös támogatás élményének megtapasztalását, ami hozzájárul a segítő szakmában gyakran fenyegető kiegész veszélyének csökkentéséhez. A továbbképzés további célja a kórházon belüli és kívüli eredményorientált együttműködés, a kompetenciahatárok tisztázásának és tiszteletben tartásának elősegítése, valamint a hatékony kommunikáció fejlesztése. További részcélok: egyéni (gyermekágyi depresszió) és családi krízishelyzetek (sérült, veleszületett rendellenességgel született csecsemő) megelőzésére, korai észlelésére és megoldási módokra vonatkozó ismeretek, készségek átadása; a laktáció kérdését érintő korszerű ismeretek átadása; valamint hogy a kórházi védőnők ismerjék meg az örökbefogadás hazai rendszerét, így az örökbeadás eljárási rendjét, formáit, és képesek legyenek az ehhez kapcsolódó kórházi védőnői feladatok meghatározására és ellátására.

Tervezetten 30 kórházi védőnő vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási segédanyagokat és az oktatókat is. Az akkreditált (minősített) továbbképzés kiscsoportokban (7–20 fő) Budapesten kerül megrendezésre. Az elsősorban gyakorlati jellegű továbbképzés 3 napos bentlakásos, blended learning típusú, tehát tartalmaz e-learning és kontaktnapos blokkokat egyaránt. A továbbképzés sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek. A továbbképzésről bővebben a III. fejezetben olvashatnak.

ÚTITÁRS – ISKOLAVÉDŐNŐK TOVÁBBKÉPZÉSE

Az iskolavédőnők továbbképzésének célja az iskolavédőnők felkészítése az összetett szemléletű iskolai egészségfejlesztésre, egészségnevelő programok, projektek tervezésére és szervezésére, az iskola-egészségügyi ellátással kapcsolatos korszerű ismeretek átadása, valamint a jogszabályok által előírt, önálló védőnői kompetenciakörbe tartozó vizsgálatok elsajátítása, különös tekintettel a pajzsmirigy- és az ortopédiai szűrővizsgálatokra. A továbbképzés

olyan ismereteket kíván átadni és olyan készségeket kíván fejleszteni, melyekkel az iskolavédőnképesse válik az egyéni és családi krízishelyzetek felismerésére, a kialakuló krízis korai észlelésére és a kivezető út megmutatására. A továbbképzésen az iskolavédőnképesse megismeri a segítő beszélgetések módszertanát, és képesse válik annak használatára, hogy a különböző életeseemények során adekvát segítője lehessen a gyermeknek és családjának.

Tervezetten 300 iskolavédőnképesse vesz részt a továbbképzésen, amely térítésmentes, tehát a projekt biztosítja a szállást, az ellátást, az oktatási anyagokat és az oktatókat is. Az akkreditált (minősített) továbbképzést kiscsoportokban (7–20 fő) az iskolavédőnképessekhöz lehetőség szerint a legközelebbi helyszíneken, azaz megyeszékhelyeken szervezzük. Az elsősorban gyakorlati jellegű továbbképzés 3 napos bentlakásos, blended learning típusú, tehát tartalmaz e-learning és kontaktnapos blokkokat egyaránt. A továbbképzés sikeres teljesítésével a résztvevők továbbképzési pontokat gyűjtenek.

TOVÁBBI FEJLESZTÉSEK A VÉDŐNKÉPZÉSSEN ÉS A SZAKORVOSKÉPZÉSSEN

A védőnképzésre irányuló projekttevékenységben a fő partnerek a védőnképzést folytató felsőoktatási intézmények, illetve a szakorvosképzésre irányuló tevékenységben a gyermekklinikák és a családorvosi tanszékek.

A tevékenység egyik kiemelt célja, hogy a projekt fejlesztései, főbb tartalmi elemei – új módszertani irányelvek, szűréssel kapcsolatos szülői kérdőívek és tájékoztató anyagok, rizikókérdőív, gondozási terv stb. – elérhetővé váljanak a képzőhelyek számára és bekerüljenek a graduális képzésbe a védőnképesse esetében, illetve a szakorvosképzésbe a házi gyermekorvosok/háziorvosok esetében, miközben a fenti továbbképzések formájában a jelenleg területen dolgozó szakemberek megismerik ezeket.

A projekt során negyedévenkénti műhelysorozatot szervezünk a képzőhelyek delegált oktatói, szakemberei részvételével. Cél, hogy az intézmények oktatói számára szervezett ke-retek között lehetőséget teremtsünk a graduális képzésről való együttgondolkodásra, a harmonizációs lépésekre, valamint további együttműködések kezdeményezésére.

II./1.3 Informatikai fejlesztés

Az informatikai fejlesztés lényege az elektronikus kapcsolatteremtés kialakítása az ellátórendszer szakmai feladat-végrehajtásában részt vevő tagjai között. Cél a hatékonyabb információáramlás az alapellátás szereplői között, hogy azok a releváns adatok, amelyeket az egyik ellátó gyűjt, de a másik ellátónak is szüksége van rá, a lehető legautomatikusabban megosztásra kerüljenek, illetve hiteles, naprakész információ álljon rendelkezésre az esetleges beavatkozásokhoz. Alapvető cél továbbá, hogy lényegesen csökkentsük, sok esetben teljesen kiváltsuk a papír alapú adminisztrációt.

A gyermek fejlődésének nyomon követését és az ellátási folyamatot a védőnképesse és a házi gyermekorvosok/háziorvosok számára egyaránt hozzáférhető központi védőnképesse szakrendszer fogja tartalmazni, amelyhez megfelelő jogosultsági szinteken keresztül férhetnek hoz-

zá a szereplők. Ennek egyik kiemelt célja, hogy a gyerekút átlátható és jól követhető legyen, illetve lényegesen könnyítsen az adminisztrációs terheken. A rendszer használata ingyenes lesz és biztosítja a központi alkalmazást és adattárolást, jogosultsági rendszerrel támogatott adatkezelést és a magas rendelkezésre állást.

A védőnői szakrendszer mellett elkészül az alapellátásban részt vevő szakemberek számára egy szakmai információs portál, a szülők számára egy szülői információs portál, valamint a továbbképzések megszervezését és lebonyolítását, a továbbképzések e-learning moduljainak megvalósulását segítő távoktatási rendszer.

II./1.4 Védőnői Módszertani Egység (VME) kialakítása

A VME célja a védőnői szolgálat működését és a védőnői feladatokat összehangoló, a védőnői ellátás működését elemző, preventív kutatásokhoz háttérrel biztosító, országos szakmai-módszertani programokat, tevékenységeket végző, szervező és működtető szervezeti egység létrehozása. A VME feladata a projektben fejlesztett továbbképzések fenntartása is.

II./1.5 Kommunikációs-disszeminációs tevékenység

A kommunikáció feladata a projekt szakmai megvalósításának támogatása, a kötelező tájékoztatói és disszeminációs feladatok ellátása, az előállított ismeretanyag terjesztése a közvetlen és közvetett célcsoport körében.

III. AZ ÚTRAVALÓ – KÓRHÁZI VÉDŐNŐK TOVÁBBKÉPZÉSE

III/1. A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJA

Az ÚTRAVALÓ – Kórházi védőnők továbbképzése hiánypótló az egészségügyi alapel-látásban. Olyan korszerű elméleti és gyakorlati ismeretek elsajátítására nyújt ugyanis lehetőséget, melyekre a felsőoktatási alapképzésben, a védőnő szakirányú képzésben igen kevés idő jut.

- A továbbképzés kiemelt célja a kórházi védőnői identitás támogatása. A szakmai identitás megszilárdítását segítő modulok lehetővé teszik az összetartozás és kölcsönös támogatás élményének megtapasztalását, ami hozzájárul a segítő szakmában gyakran fenyegető kiégés veszélyének csökkentéséhez.
- Egy jól működő kórházi osztály rendjéhez igazodva a kórházi védőnőknek számos egyéb szakmával együttműködve kell rögzíteniük a kompetenciahatárokat és elosztani a feladatokat, s ez nehézséget okozhat a mindennapokban. Célunk ezért a kórházon belüli és kívüli eredményorientált együttműködés, valamint a kompetenciahatárok tisztázásának és tiszteletben tartásának elősegítése.
- A továbbképzésen kiemelt szerepet kap a gyermekágyas anyák pszichés támogatása, ezzel összefüggésben a családokkal való kommunikáció tudatos használata, a pozitív és negatív szuggesztiók felismerése, a veszteséget megelőző támogatása és a krízishelyzetek hatékony megoldása, mely ugyancsak kevés óraszámban jelenik meg a védőnői módszertan oktatásában.
- Fontos célkitűzésünk támogatni és segíteni, hosszú távon megőrizni a kórházi védőnők empátiás készségét. A konfliktuskezelési és önreflexiós gyakorlatok célja a hatékony kommunikáció fejlesztése, ami a korszerű tudáson túl a szakmaiság egyik legfontosabb ismérve.
- A továbbképzésen nagy hangsúlyt kapnak a laktációval és a szoptatásmenedzsmenttel kapcsolatos legfrissebb ismeretek.
- A továbbképzés részeként sor kerül a gyermekvédelmi rendszer ismertetésére az eredményes együttműködés érdekében.
- Tisztázásra kerülnek a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódó fogalmak és annak szolgáltatásai, valamint a szülőket támogató ellátások.
- Végül a kórházi védőnők megismerkednek az örökbefogadás hazai rendszerével, így az örökbeadás eljárási rendjével, formáival.

III/2. A RÉSZVÉTEL FELTÉTELEI

A továbbképzésen azon *kórházi védőnők* vesznek részt, akik az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapképzési szak védőnő szakirányán, vagy főiskolai szintű, *Védőnő* szakon szerzett oklevéllel rendelkeznek, és jelenleg is kórházak újszülöttsztyályn dolgoznak.

III/3. A TOVÁBBKÉPZÉS SORÁN FEJLESZTENDŐ KOMPETENCIÁK

A továbbképzés a kórházi védőnők már meglévő szakmai tevékenysége, napi munkája során használt kompetenciáira épít, azokat tudatosítja és fejleszti az alábbiak szerint.

- A szakmai kapcsolatok ápolásának és az együttműködésnek a kompetenciái a kórházi védőnői identitás megszilárdításának érdekében.
- Kapcsolattartás és hatékony együttműködés az intézményen belül, valamint a területi ellátórendszerrel, a szociális/gyermekvédelmi és koragyermekkoros intervenciók rendszerrel és egyéb szervezetekkel.
- A családokkal való kommunikáció tudatos használata, a pozitív és negatív szuggesztiók felismerésének kompetenciája, célirányos alkalmazása.
- A kommunikáció explicit és implicit szintjeinek megértése, nyitott és tükörfkérdések megfogalmazásának készsége.
- Kommunikációs félreértések felismerésének és kezelésének kompetenciája.
- Hatékony tanítási és kommunikációs készségek a szoptatásra való felkészítésben, valamint a szülés utáni tanácsadási és szoptatástámogatási helyzetekben.
- Perinatális veszteség esetén a gyászoló szülők támogatásának kompetenciája. Az ablaktálás segítésének készsége.
- A nem szoptató anyák támogatásának kompetenciája.
- Veszélyeztetett anyák és családok fokozott empátiát igénylő támogatása, a társadalmi és kulturális jellemzők felmérésének, megértésének és figyelembevételének készsége a gondozás során.
- A kórházi védőnő gyermekvédelmi rendszerbeli feladatainak tudatosítása, alapvető jogok és törvények ismerete.
- A kiegészítő szindróma időben történő felismerésének készsége, prevenció és rekreációs lehetőségek.

III/4. KÉPZÉSI IDŐ

Összesen 34 óra (1 tanóra 45 perc):

- 4 óra alatt feldolgozandó e-learning tananyag, valamint
- 30 órás, 3 kontaktnapos, saját élményen is alapuló, tréning jellegű továbbképzés.

III/5. CSOPORTLÉTSZÁM

Minimum 7, maximum 20 fő, tervezetten átlagosan 15 fő.

III/6. A TOVÁBBKÉPZÉSEN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

- Prezentációval kísért interaktív előadások
- Csoportos, kiscsoportos és páros tréninggyakorlatok
- Szituációs (helyzet)gyakorlatok
- Saját élményű csoportos és egyéni gyakorlatok

III/7. A TOVÁBBKÉPZÉSBEN RÉSZT VEVŐK TELJESÍTMÉNYÉT ÉRTÉKELŐ RENDSZER, A SZÁMONKÉRÉS MÓDJA

A továbbképzés írásbeli vizsgával zárul a harmadik kontaktnap végén. A továbbképzés résztvevői számára megszerezhető lehetséges minősítések:

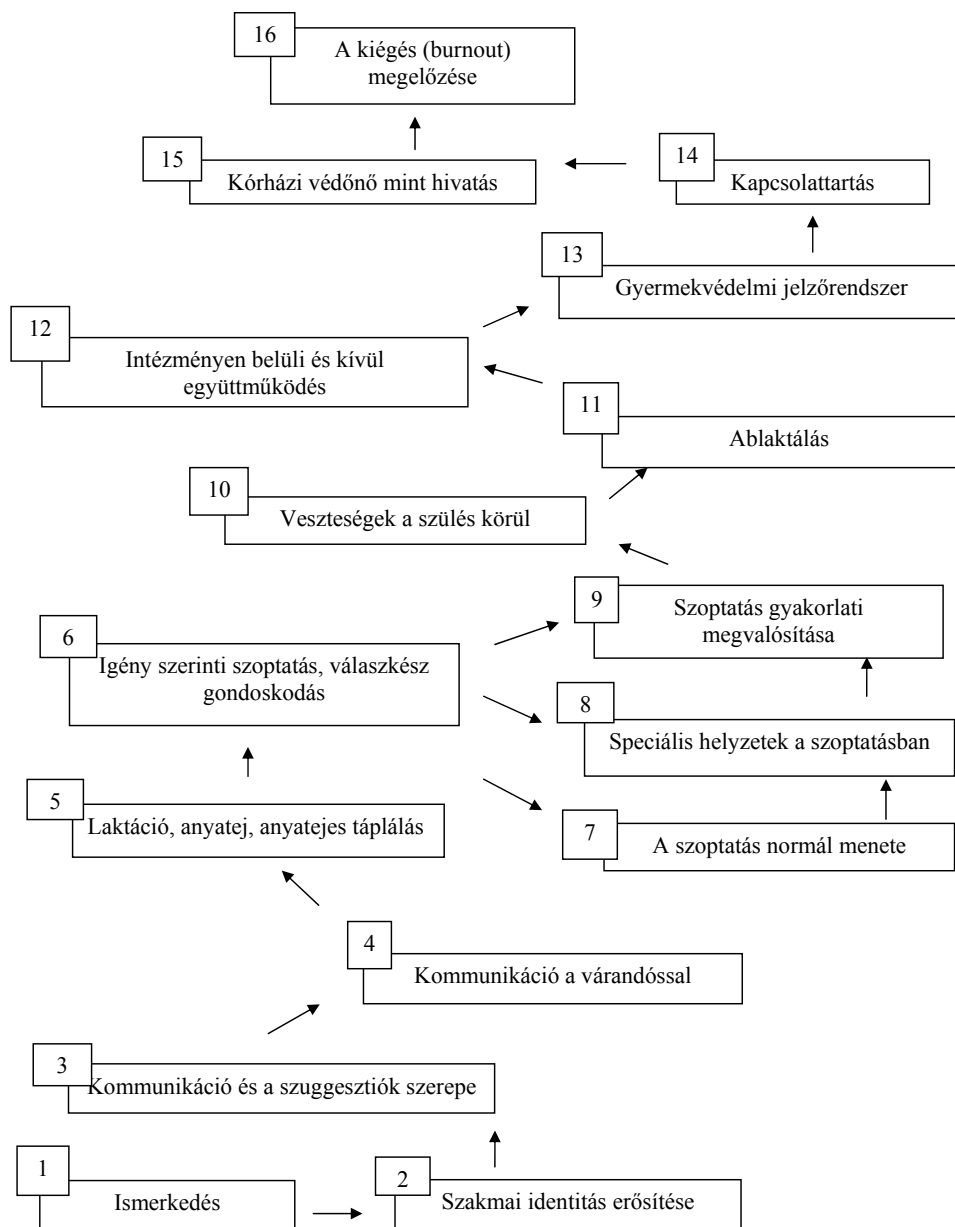
- A) megfelelt
- B) nem felelt meg

A „megfelelt” minősítés feltétele: a megszervezett továbbképzési alkalmakon való min. 90%-os részvétel, és az írásbeli vizsga legalább 70%-os teljesítése (26 pont).

III/8. AZ IGAZOLÁS KIADÁSÁNAK FELTÉTELE

- Az e-learning modult követően a továbbképzés kontaktnapos moduljainak (30 óra) sikeres teljesítése: legalább 90%-os részvétel a három nap programján, a hiányzás elfogadott mértéke maximum 3 óra távollét;
- a kontaktnapok utolsó napján írásbeli vizsga sikeres teljesítése.

IV. MODULTÉRKÉP



V. A KOMMUNIKÁCIÓ ÉS A SZUGGESZTIÓK SZEREPE A SZÜLÉS KÖRÜLI IDŐSZAKBAN

V/1. HATÉKONY KOMMUNIKÁCIÓ

V/1.1 ODAFIGYELÉS, AVAGY ÉRTŐ FIGYELEM

A hatékony kommunikáció egyik alapvető feltétele, hogy érdeklődjünk a másik iránt, és odafigyeljünk arra, amit mond. Ez az értő figyelem. Ilyenkor igyekszünk félretenni saját ötleteinket, történeteinket. Nem beszélünk arról sem, hogy mi mit gondolunk az adott témáról. Csak hallgatjuk a másikat, igyekszünk minél jobban megérteni.

Az odafigyelés szabályai

- Hagyj teret a másiknak, ne irányítsd!
- Ne ítélkezz, ne vitatkozz!
- Bírd ki a csendet!
- Tarts szemkontaktust, és testbeszédeddal is figyelj!
- Nyitott kérdéseket tegyél fel!
- Foglald össze, hogy mit hallottál!

Vagyis:

- Mutass érdeklődést (testbeszéd, nyelv, hozzáállás)!
- Kérdezz hatékonyan (hogyan?, mit?, miért? – nyitott kérdések)!
- Foglald össze, mit értettél meg az elmondottakból (ha jól értem, akkor...!)
- Figyelj saját testi jelzéseidre: mit éreztél a beszélgetés során a szavak szintjén túl (feszültséget, szomorúságot, szorongást, dermedtséget, ellazultságot, stb.)?³

V/1.2 A hatékony kommunikáció kérdéstípusai

Nyitott kérdések

A nyitott kérdés jellemzője, hogy a kérdésfeltevés önmagában is sugallja a bővebb kifejtést, a részletesebb elbeszélés igényét. Nem könnyű rá igennel-nemmel felelni. A nyitott kérdés úgy tekinthető, mint a beszélgetésre való felhívás. Alkalmazása arra bátorítja a hallgatót, hogy gondolatait, érzéseit kifejtse. A nyitott kérdés tehát olyan, melyre bővebben, kifejtően lehet válaszolni, és a válaszadásban nem szab meg semmilyen irányvonalat. A „miért?” és „hogyan?” kezdetű kérdések mind ide tartoznak.

³ Gordon, T. (1991) *P.E.T. A szülői eredményesség tanulása*. Gondolat, Budapest, pp. 51–70.
<http://szdne.hu/letoltesek/SzuloiEredmenyességiTrening.pdf> (Letöltve: 2013. okt. 6.).

A nyitott kérdést akkor alkalmazzuk, ha szeretnénk megismerni a másik tapasztalatait, gondolatait, érzéseit, személyes meggyőződését az adott témakörrel, vagy ha beszélgetni akarjuk a hallgatót, bátorítva ezzel önkifejezését. Hátránya, hogy a válasz hosszúra nyúlhat, és a partner könnyen eltérhet a témától.

Előnye	Hátránya
Bevonja a beszélgetőtársat. Részletesebb információkat ad a beszélgetőpartner. Bizalmat és szimpátiát kelt.	Kevésbé lehet irányítani a beszélgetést. Hosszúra nyújthatja a beszélgetést.

Példák

Milyen szakmai tervei vannak az elkövetkező 2-3 évre?

Hogyan tudnánk megoldani ezt a problémát?

Mondana még pár szót erről?

Kérem, kifejtene bővebben, hogy mire gondol?

Tükörkérdések

A visszatükröző kérdés lényege, hogy az addig hallottakat összefoglalva kérdésbe tömörítjük, hogy jól értettük-e, amit a másik mondott – alkalmazásával megerősítést kérhetünk és kaphatunk a másiktól. Fontos, hogy lehetőség szerint az ő szavait használjuk közben. A tükörkérdés használata arra is rávilágíthat, ha valamit félreértettünk. Mindeközben mindkét helyzetben úgy érzi a másik fél, hogy odafigyelünk a mondanivalójára.

Hátránya, hogy ha mindig csak szó szerint megismételjük, amit a társunk mondott, akkor úgy fogja érezni, hogy nem figyelünk rá.

Előnye	Hátránya
Megerősít abban, hogy jól értjük, amit a másik mond. Rávilágíthat arra, hogy nem jól értettük, amit mondott. A másik fél érzi belőle, hogy odafigyelünk a mondanivalójára.	Szó szerint visszamondva érdektelenséget sugallhat. A másik fél úgy érzi, nem kap támogatást.

Példa: A kismama elmondja, hogy a kórházban rossz volt az ellátás, nem tetszett neki a szülészet, az orvosok nem teljesítették az ígéreteiket.

Tükörkérdésünk: Rossz volt az ellátás, gond volt a szüléssel is, ráadásul az orvosok sem teljesítették, amit megígérték. Jól értem, hogy kellemetlenül érezte magát a kórházban?⁴

4 Szabóné, K. J. (2004) *Családgondozás – krízisintervenció*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 110–113.

V/2. MÓDOSULT TUDATÁLLAPOTOK, SZUGGESZTIÓK

FELADAT

Válaszolja meg az alábbi kérdéseket!

1. Melyek az MTA jellemzői?

.....

.....

.....

2. Milyen helyzetekben áll elő spontán MTA?

.....

.....

.....

3. Mit nevezünk szuggeszciónak?

.....

.....

.....

4. Miért jellemző a várandósság és a szülés körüli időszakban a módosult, megváltozott tudatállapot?

.....

.....

.....

FELADAT

A táblázat különböző helyzetekben megjelenő negatív szuggesztiókat sorol fel. A problémás kifejezések dőlt betűvel vannak kiemelve. A mintának megfelelően írja be a megadott helyzetekhez a lehetséges negatív és pozitív szuggesztiókat, illetve gyűjtsön további helyzeteket is!

Helyzet	Negatív szuggesztió	Pozitív átalakítás
Kismamatorna	A pocakunk nyomja felfelé a rekeszt, így kevesebb hely jut a tüdőnknek, ezért emeljük ki a mellkast és emeljük fel a fejünket.	Minél jobban kiemeljük a mellkast és megemeljük a fejünket, annál nagyobb tér jut a légzésre, és kényelmesen elfér a baba is.
Posztoperatív helyzet	<i>Hányinger? Fejfájás? Szédülés?</i>	Mit tehetnék azért, hogy még kényelmesebben érezze magát?
Fájdalom	<i>Megpróbáljuk megszüntetni a fájdalmat!</i>	Lassan elmúlik ez a furcsa érzés, visszatér testébe a megszokott érzés, egyre jobban érzi magát.
Szülésfelkészítő		
Szoptatás		

JEGYZET

.....

.....

.....

Pozitív szuggesztiók bevezetésének megfogalmazásai

- Talán elcsodálkozik azon, amikor észreveszi, hogy...
- Talán még előbb, mint várná...
- Az egyetlen igazán fontos dolog, hogy észrevegye a...
- Adjon magának lehetőséget arra, hogy...
- Minél inkább..., annál inkább...

VI. TALÁLKOZÁS A VÁRANDÓSSAL, SZÜLÉSFELKÉSZÍTÉS

VI/1. ESETISMERTETÉSEK „BEUGRÓ” JÁTÉKHOZ

FELADAT

A kör közepén kialakítunk egy „szemtől szembe” ülőhelyzetet. Az egyik szék a KLIENSÉ, a másik a VÉDŐNŐÉ. Két önkéntes jelentkezik a szerepekre. A Kliens kap egy helyzetet írásban, amit magában elolvas, és az utasításnak megfelelően interakcióba lép a Védőnővel. A Védőnő reagál a Kliens kérdésére, felvetésére, kérdez, reagál. Nem szükséges eljutni a helyzet vég-ső megoldásáig.

1. eset: A szülésfelkészítő tanfolyam végén egy 38. hetes várandós odamegy a védőnőhöz személyes beszélgetésre. Mivel a férje külföldön dolgozik, és nem lesz itthon a gyermek születésekor, a várandós érdeklődik, hogy van-e lehetőség arra, hogy a szülőszobára édesanyja és anyósa közösen kísérjék el.

Háttér: Mivel mindketten jelezték, hogy el szeretnék kísérni a szülőszobára, a várandós senkit nem szeretne megbántani azzal, hogy csak az egyikőjüket választja (anyát/anyóst). A kérdések nyomán kiderül, hogy igazából nem vágyik egyik támogatására sem, de fél attól is, hogy egyedül legyen a szülőszobában. Egy harmadik személy lehetne megoldás, leginkább dűla, de erre magától nem lát rá.

Megjegyzéseim:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. eset: Együttműködésre készülő csoportban az egyik anya azért szeretné behívni a férjét a szülőszobára, hogy az majd vicceket meséljen neki vajúdás közben, elvonva ezzel a figyelmét a fájásokról.

Háttér: Miután tisztázódik a szülési fájások (méhösszehúzóadás) valós szerepe, elmélyült beszélgetés indul kettejük között a felmerülő szükségletekről, félelmekről, szorongásokról. Más szintre jut el a pár kommunikációja, aminek további hozadéka, hogy a jövőben is hasznukra lehet ez a tapasztalat.

Megjegyzéseim:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. A SZOPTATÁS MINT BIOLÓGIAI NORMA

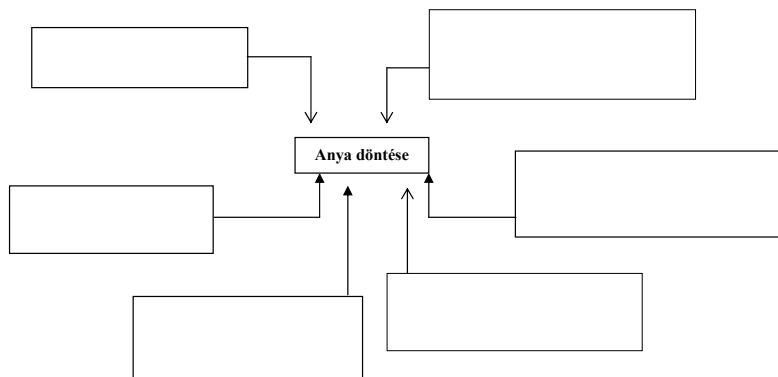
FELADAT

Miért fontos a hosszú távú anyatejes táplálás az anya és a gyermek oldaláról? Töltse ki a táblázatot!

Anya	Gyermek

FELADAT

Határozza meg, hogy milyen tényezők befolyásolhatják az anya döntését a szoptatással kapcsolatban!



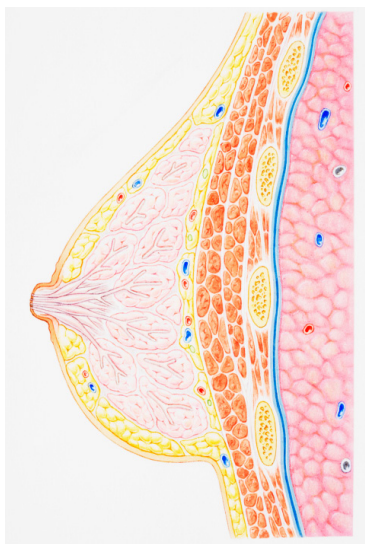
VII/1. A SZOPTATÁS BIOLÓGIAI ALAPJA⁵

VII/1.1 Az emlő anatómiája

A mammae a mellkas elülső részén a 3–6. borda között elhelyezkedő páros szerv, ami az ember fejlődése során hormonhatásokra indul fejlődésnek. Az emlő mirigyekből, kötőszövetből és zsírszövetből áll. Az elülső részén található az papilla mammae, amelynek zöme simaizom, ahol a ductus lactiferus kivezető csövei nyílnak. A bimbót pigmentált areola mammae veszi körül, ahol valódi faggyú- és verejtmirigyek, szőrtüszők is vannak. Simaizomból, valamint kollegén és elasztikus kötőszöveti rostokból épül fel. Átlagos átmérője 15-16 mm, de a várandósság alatt megnő és sötétebb lesz. Glandulae areoares faggyúmirigyeket és tejmirigyszerű struktúrát is tartalmaz.

A várandósság alatt az emlők megnagyobbodnak. Váladékuk puhítja és védi a mellbimbót, megváltoztatja a bőr pH-ját, és ezáltal gátolja baktériumok szaporodását.

Az emlő vérellátását 60%-ban az artéria mammaia interna, 30%-ban az artéria thoracica laterális, 10%-ban pedig az aa.intercostales, az a.subclavia, valamint az a.axillaris ágai biztosítják. A vénás elvezetés párhuzamos az artériákkal. Az emlő beidegzését a II., IV., V. és VI. bordaközi idegek ágai biztosítják.



1. ábra: Az emlő anatómiája

5 Fonyó, A. (2005) *Élettan gyógyszerészhallgatók részére*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, pp. 464–465.

VII/1.2 Az emlő alakulása és fejlődése

Az emlő fejlődése az *intrauterin fejlődéstől* a pubertáskorig a két nemben azonos állomásokon keresztül történik. Az embrionális és magzati fejlődés során a 4-5. héten kialakul a primitív tejlec, a 6. héten pedig az emlőrügy, amely a 7-8. héten megvastagodik, és belenő a mesenchymába. A 10. hétre jelennek meg a másodlagos rügyek, a 16. hétre pedig kialakul 15-25 epitheliális ág. A magzatban a háms sejtek mindkét oldalon kb. 20, vakon végződő vezetékét képeznek, melyek később befelé növekednek, és úgynevezett alveolusokat hoznak létre. Az alveolusokat szekré tumot termelő epithelsejtek veszik körbe, melyek kivezető csövei gyűjtőcsövekké egyesülnek és az emlőbimbóban nyílnak a külvilág irányába. A várandósság végéig az alveolusok érése folytatódik.

A *pubertás* alatti fejlődést duktálisnak nevezik. A lányoknál az emlő mérete növekedésnek indul a zsírszövetek lerakódása miatt, és a petefészek ösztrogénhormon-termelésének hatására megnő a vezetékek hossza, és létrejön többszörös elágazódásuk. A mirigy-, zsír- és kötőszövet aránya egyénenként változik, de a tejelválasztásban kizárólag a tejmirigyek aránya a meghatározó. Az emlő alakját és méretét a zsírszöve te határozza meg. Az emlő mérete nem befolyásolja annak működési képességét, de jelezheti tejtárolási kapacitását.

A menstruációs ciklusok alkalmával ösztrogén és a progeszteron hatására határozott változások történnek az emlőmirigyben. Ez a változás a luteális fázisban éri el a csúcspontját, amikor a hormonszint a legmagasabb. A véráramlás a mellben megnő, a mell telt, nehéz és érzékeny lesz. A hormonszint leesésével a változások visszafejldnek, de nem teljesen, a növekedés folyamatos. Az emlő csak a várandósság alatt éri el teljes funkcionális kifejlődését.⁶

A korábbi anatómiai ismereteinkhez képest a következő változásokat foglalhatjuk össze.

- A csatornahálózat bonyolultabb, nem szimmetrikus, és nem sugárirányban hálózta be az emlőt.
- A csatornák átmérője 2 mm.
- 4-18 nyílás van a bimbón.
- A csatornák már a bimbó közelében elágaznak.
- A tejöblök nem léteznek.
- A csatornák a tej szállítására szolgálnak.
- A mirigyállomány közelebb van a bimbóhoz.
- A mirigyszövet 65%-a a bimbó alapjától 30 mm távolságon belül helyezkedik el.
- A bimbó közelében minimális a zsírszövet.
- A mirigyszövet–zsírszövet aránya: 2:1.
- A mirigyszövet és a zsírszövet aránya, valamint a csatornák száma és átmérője semmilyen összefüggésben nincs a tejmennyiséggel.⁷

6 Fonyó, A. (2005) *Élettan gyógyszerészhallgatók részére*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, pp. 464–465.

7 Ramsay, D. T. et al (2005) Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *Journal of Anatomy*, June 2005, 206(6): 525–534. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7580.2005.00417.x/full> (letöltve: 2011. okt. 30.).

VII/1.3 A laktáció élettana

A fogamzást követő időszakban az ösztrogén és a progeszteron hormonok hatására az emlő megnagyobbodik, feszesebbé válik, a tejutak, tejszatornák megduzzadnak, és a járatok további elágazódása lesz jellemző.

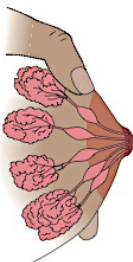
A várandósság alatt nagyobb koncentrációban van jelen az ösztrogénhormon, amely az emlő teljes kifejlődésével, vezetékének kialakulásával jár, ugyanakkor gátolja a szülés előtti időszakban a tejtermelést. A progeszteron az alveolusok fejlődésében játszik szerepet. A placenta által termelt *humán placentáris laktogén* (HPL) hatására a mirigysejtek differenciálódnak. A HPL az ösztrogénnel és a progeszteronnal együtt gátolja a prolaktin hatását.⁸

A *prolaktin* szintje a vérben a fogamzást követően folyamatosan emelkedik, melynek hatására megindul a tejtermelés. A terhesség második felében és a szülést követő 2-3 napban kolosztrum termelődik, melyet a több laktózt tartalmazó anyatej vált fel.⁹

A szülést követő időszakban a tejtermelés úgy indul be, hogy a lepény hormonjainak gátló hatása már nem érvényesül. A *tejszokréción* a prolaktinnak jut a főszerep, melynek szintjét emeli minden egyes szoptatás, valamint a mellbimbó stimulálása. A szoptatással kiváltott prolaktintermelés a következő szoptatáshoz biztosít tejet. A prolaktinszint kezdetben a szoptatások között emelkedik, de a szülést követő 2. hónaptól már csak a szoptatások idején magasabb az érték, míg a két szoptatás között visszaáll az alapértékre. Ha a hormonszint a bazális érték alá csökken, a tejszokréción megszűnik.¹⁰

A tej fenntartásához alapvető az anyatej rendszeres kiürítése, akár a csecsemő igény szerinti szoptatásával, de a cél elérhető kézi fejjel is. A hosszú szoptatási szünetek csökkentik a tejmennyiséget.¹¹

Az *oxitocinszokréción* folyamatos tejelválasztást biztosít, segítve a tejvezeték kiürítését. A szopás alatt a csecsemő szájüregében létrejövő szívó hatás következtében az alveolusokat körülvevő myoepithelsejtek összehúzódnak, és a szekrétumot a tejvezetékbe ürítik. A myoepithelsejtek kontrakciója reflexen kiváltja az oxitocintermelést. A termelést a mellek ingerlése, de a szopást megelőző pszichés hatás is megindíthatja.¹²



2. ábra: Laktáló emlő

8 Fonyó, A. (2005) *Élettan gyógyszerészhallgatók részére*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 465–466

9 Lampé, L. (2006) *Szülésznők könyve*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 256–258.

10 Fonyó, A. (2005) *Élettan gyógyszerészhallgatók részére*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 465–466.

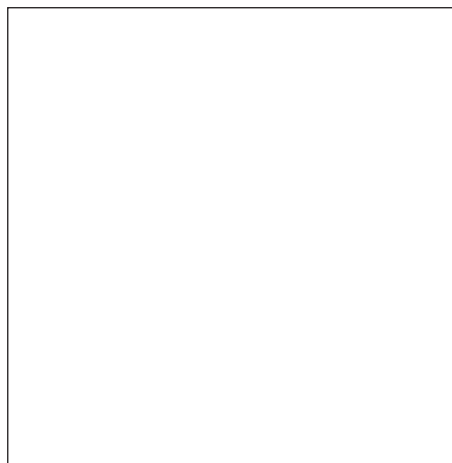
11 I. m. pp. 465–466.

12 I. m. pp. 465–466.

FELADAT

Az előadás alapján állítsa sorrendbe az emlőfejlődés szakaszait, és készítse el egy laktáló emlő sematikus ábráját!

- ___ duktális fejlődés
- ___ laktáció
- ___ alveoláris fejlődés
- ___ involutio
- ___ embrionális fejlődés
- ___ szekretoros differenciálódás
- ___ szekretoros aktiválódás

**FELADAT**

Fejtse ki röviden a laktáció élettanának fázisait!

Laktogenezis I. – Szekretoros differenciálódás

.....

.....

Laktogenezis II. – Szekretoros aktiválódás

.....

.....

.....

Laktáció

.....

.....

.....

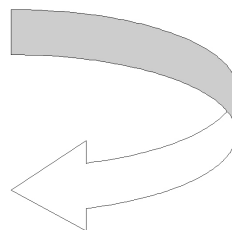
VIII. BABABARÁT KÓRHÁZ KEZDEMÉNYEZÉS

VIII/1. A SIKERES SZOPTATÁSHOZ VEZETŐ 10 LÉPÉS

A Bababarát Kórház Kezdeményezést (BBKK) a WHO és az UNICEF 1991-ben indította el, melynek célja a gyermekek egészséges életkezdetének biztosítása, és az újszülött egészséges fejlődéséhez szükséges védő tényezők támogatása a szülészeteken szoptatást támogató környezet megteremtésével. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-ban közzétette a *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez* című kiadványt azzal a céllal, hogy hirdesse a szoptatást mint a prevenció egyik legfontosabb eszközét. A Magyarországon 2003-ban megjelent Népegészségügyi Program célként tűzte ki a 6 hónapos korig kizárólagos anyatejes táplálásban részesülő csecsemők arányának növelését, majd 2005-ben a Nemzeti Csecsemő- és Népegészségügyi Program céljaként megjelent a Bababarát Kórház Kezdeményezés.¹³

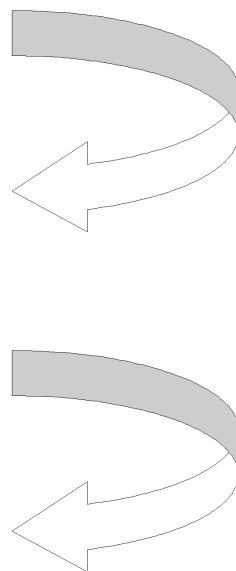
A Bababarát Kórház Kezdeményezés kritériumai, lépései a szakmaiságon túl minőségirányítási kritériumokat is jelentenek, melyek a „Bababarát” cím odaítélésének minimum feltételei. Ezt egészíti ki az Anyatej-helyettesítők Marketingjének Nemzetközi Kódexe (Kódex), és az ehhez társuló Egészségügyi Világszervezet Közgyűlés (World Health Assembly, WHA) előírásai.

1. lépés: A kórház rendelkezzen írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertetnek az egészségügyi dolgozókkal.
2. lépés: Minden egészségügyi dolgozó kapjon megfelelő gyakorlati felkészítést az irányelvek alkalmazásához.
3. lépés: Tájékoztassanak minden várandós anyát a szoptatás előnyeiről és módjáról.
4. lépés: Segítsék hozzá az anyákat, hogy az újszülöttet már a születést követő első félórában a mellükre tehessék.



¹³ *Evidence for the ten steps to succesful breastfeeding* (1998) World Health Organization, Genova, pp. 8–102. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).

5. lépés: Mutassák meg az anyáknak, hogyan kell szoptatni és a tejelválasztást fenntartani, még akkor is, ha valamilyen okból el vannak különítve újszülöttjüktől.
6. lépés: Csak orvosi indikáció esetén kapjon a csecsemő anyatejen kívül más ételt vagy italt.
7. lépés: Legyen általános gyakorlat az anya és az újszülött együttes elhelyezése a nap 24 órájában.
8. lépés: Ösztönözzék az anyákat, hogy az újszülött igényeinek megfelelően szoptassanak.
9. lépés: A szoptatott csecsemőknek ne adjanak cumit.
10. lépés: Támogassák a szoptatást segítő anyacsoportok létrehozását, és az egészségügyi intézményekből távozó anyákat irányítsák ezekhez a csoportokhoz.¹⁴



VIII/2. A „BABABARÁT” MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS 10 LÉPÉSÉNEK GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSA

VIII/2.1 Irányelv-ismertetés

1. lépés: A kórház rendelkezzen írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertetnek az egészségügyi dolgozókkal.¹⁵

Az intézmény rendelkezik olyan írásban lefektetett szoptatási irányelvekkel, melyek a feltételrendszer mind a tíz pontjával foglalkoznak, és ösztönzik a szoptatást. Az irányelvek minden, az anyákat és csecsemőket gondozó dolgozó számára hozzáférhetők, és ki jól láthatóan ki vannak függesztve minden olyan helyen, ahol anyákat, csecsemőket és/vagy gyermekeket látnak el.

Miért van szükség irányelvre?

- Cselekvési útmutató.
- Segít megteremteni annak feltételét, hogy az anya és újszülöttje szoptatást támogató környezetben és következetes ellátásban részesüljön.
- Standardot biztosít.

¹⁴ I. m.

¹⁵ Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, pp. 6–8. http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).

Mit kell tartalmaznia?

- Mind a tíz lépést.
- Preferálja a rooming-in bevezetését.
- Csak orvosi indikációra javasolt tápszerezést.
- Intézményes tilalmat az ingyenes vagy áron aluli anyatejpotló tápszerekre.

Hogyan kell bemutatni?

- Legyen elérhető mindenki számára.
- A dokumentumot minden részlegen ki kell helyezni.
- Szövegezése legyen érthető, jól értelmezhető.¹⁶

Ajánlás az egészségügyi dolgozóknak a szoptatás támogatásához

Az egészségügyi dolgozók minden alkalmat használjanak fel, amikor az anyával kapcsolatba kerülnek, hogy támogassák az optimális táplálási gyakorlatot! A kórházi védőnők védjék, segítsék elő és támogassák a szoptatást!

Ezzel kapcsolatos védőnői feladatok

- A laktációval és a szoptatásmenedzsmenttel kapcsolatos korszerű elméleti és gyakorlati ismeretek elsajátítása.
- Hívja fel az anya figyelmét az anyatejes táplálás fontosságára, és ismertesse a nem szoptatás veszélyeit.
- Támogassa a gyermekágyas anyát a csecsemője első mellre helyezésekor.
- Ismertesse a szoptatás normál menetét, és edukálja a szülőt a szoptatással kapcsolatos gyakorlati tennivalók elsajátítására.
- Támogassa a Bababaráttal Kórház Kezdeményezés minőségbiztosítási elveit, és kövesse a WHO Kódex releváns pontjait.
- Az egészségügyi ellátás során valamennyi találkozást használjon fel arra, hogy megfelelő kérdéseket tegyen fel a szoptatásról, melyek rámutathatnak a szoptatással kapcsolatos nehézségekre, orvosolják azokat, vagy irányítsák a megfelelő szakemberhez az anyát.
- Javasolja a cumihasználat elkerülését legalább az újszülöttkor idején, ami a szoptatás megalapozásának időszaka.
- Az anya és csecsemő szeparációja elégtelen tejtermelést eredményezhet, ezért biztassa az anyát a legalább napi nyolcszori kézi vagy gépi fejésre, hangsúlyozva a lefejt anyatej fontosságát. Tanítsa meg az anyát a lefejt anyatej tárolására és kezelésére.

16 I. m.

- Segítse, hogy a szülést követő szeparáció esetén a fejés 6 órán belül kezdődjön el, valamint segítse a szoptatástámogató anyacsoportok létrejöttét és működését, továbbá a szoptatás támogatását a munkahelyeken.¹⁷

VIII/2.2 Oktatás

2. lépés: Minden egészségügyi dolgozó kapjon megfelelő gyakorlati felkészítést az irányelvek alkalmazásához.¹⁸

„Jó pap holtig tanul” – tartja a régi közmondás. Ez igaz lehet azokra a szakemberekre is, akik laktációs tanácsadással foglalkoznak, hiszen a társadalmak gyors fejlődése során a szoptatás támogatásában is számos változás következett be, és egyre többet kell foglalkozni a szoptatással kapcsolatos problémákkal és azok megoldási javasolataival.

Egy intézményen belül a szoptatási irányelvek bevezetéséhez oktatásra és gyakran szemléletváltásra van szükség. A szakemberek eredményességét és hatékonyságát biztosítja a folyamatos és korszerű információszerzés. A BBKK korábbi tapasztalatai alapján minimum 3 napos (20 órás), specifikus szoptatási irányelvekkel és mindennapi intézményi gyakorlattal társuló képzés lenne szükséges.¹⁹

Egy kórházi védőnő képzésének az alábbi témákra kell hangsúlyt fektetnie

- Csecsemőtáplálás.
- Nemzetközi állásfoglalások.
- A laktáció biológiai alapjai.
- Kötődésemélet.
- Anyai kórállapotok.
- Laktációs problémák gyermekgyógyászati vonatkozásai.
- Kommunikáció és tanácsadás.

Milyen ismertetekre kell szert tenni?

- Anya-csecsemő kontaktus és a korai mellre helyezés, igény szerinti szoptatás.

17 Philipp, B. L. (2010) The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *Breastfeeding Medicine*, 5, 177.; Section Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 3, pp. 827–841.; American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding: Sample hospital breastfeeding policy for newborns.

http://www2.aap.org/breastfeeding/curriculum/documents/pdf/Hospital%20Breastfeeding%20Policy_FINAL.pdf (Letöltve: 2013. nov. 2.)

18 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Budapest, pp. 9–11.

http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).

19 Lawrence, R. A. (1982) Practices and Attitudes toward Breast-feeding among Medical Professionals. *Pediatrics*, 70(6): 912–920.; Popkin, B. M., Yamamoto, M. E., Griffin, C. C. (1985) Breast-feeding In the Philippines: The Role of The Health Sector. *Journal of Biosocial Science*, Supplement 9: 99–125.

- A szoptatás előnyei.
- A mesterséges táplálás veszélyei.
- A tejelválasztás és a szoptatás mechanizmusa.
- Hogyan kell az anyának segíteni, hogy elkezdje a szoptatást.
- A szoptatás értékelése.
- A szoptatás során fellépő problémák gyors megoldása.
- A kórház szoptatási politikája és gyakorlata.
- Rooming-in.
- A nem szoptató anyák számára a mesterséges táplálással kapcsolatos információk.²⁰

FELADAT

Közösen szedjük össze, hogy ki milyen feladatot lát el a munkahelyén a szoptatás támogatásában!

.....

.....

.....

.....

VIII/2.3 Szoptatásra felkészítés a várandósság alatt

3. lépés: Tájékoztassanak minden várandós anyát a szoptatás előnyeiről és módjáról ²¹

Ha a kórházban várandósgondozás és/vagy terhespatológia működik, az itt gondozás alatt álló várandósok többségének részt kell venni szoptatási tanácsadáson. A szülés előtti felkészítés minimális tartalmának írott formában is rendelkezésre kell állnia az anyák számára.

FELADAT

Alkossunk három csoportot! Közösen gyűjtsük össze, milyen témákat kell érinteni a felkészítés során, és mindegyik csoport dolgozza ki a kapott témáját!

20 I. m. és Academy of Breastfeeding medicine (2011) Educational Objectives and Skills for the Physician with Respect to Breastfeeding. *Breastfeed Medicine*, 2, 99–105.

21 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Budapest, pp. 12–13.
http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).

A kizárólagos szoptatás jelentősége

.....

.....

.....

Hogyan segítsük, hogy jól induljon a szoptatás?

.....

.....

.....

A helyes mellre helyezés és mellre tapadás jelentősége

.....

.....

.....

VIII/2.4 Válaszkész gondoskodás – „Aranyóra”

4. lépés: Segítsék hozzá az anyákat, hogy az újszülöttet már a születést követő első félórában a mellükre tehesék.²²

Közvetlenül a megszületés után helyezték az újszülöttet bőr-bőr kontaktusba az anyjával, tartásuk ott legalább egy óra hosszát, és bátorítsák az anyát, hogy felismerje, mikor áll készen az újszülött a szoptatásra. Ajánljanak fel neki segítséget, ha szükséges.

A korai bőrkontaktus jelentősége

- Elősegíti a kötődést.
- Növeli a szoptatási arányt.
- Növeli egy-egy szoptatás időtartamát.

22 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Budapest, pp. 14–16.
http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).

- Lehetővé teszi az anyai test melegének kedvező hatását.
- Segíti, hogy az újszülött az anya baktériumaival kolonizálódjon.
- Megnyugtatja az anyát és az újszülöttet, csökkenti a stresszhormonok szintjét.
- Az újszülötteknél csökkenti a sírást.
- Stabilizálja az újszülött életfunkcióit: légzését, szív működését, vérnyomását.
- Emeli az újszülött vércukorszintjét.
- A kolostrum megadja az „első immunizációt”.
- Kihasználja az újszülött éberségét az első életórában.
- Az újszülött megtanul hatékonyabban szopni.²³

VIII./2.5 Widström A-M.: Az élet első órája

FELADAT

Az előadás alapján töltsé ki az „Aranyóra” szakaszait!

1. fázis

.....

.....

.....

2. fázis

.....

.....

.....

3. fázis

.....

.....

.....

²³ I. m. és Török, Sz., Kun. J. (2012) *Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet, Budapest, pp. 93–98.

4. fázis

.....

.....

.....

5. fázis

.....

.....

.....

6. fázis

.....

.....

.....

7. fázis

.....

.....

.....

8. fázis

.....

.....

.....

9. fázis

.....

.....

.....

VIII/2.6 A szoptatás normál menete

5. lépés: Mutassák meg az anyáknak, hogyan kell szoptatni és a tejelválasztást fenntartani, még akkor is, ha valamilyen okból el vannak különítve újszülöttjüktől.²⁴

A védőnő lehetőség szerint a szülést követő 6 órán belül technikai segítséget ajánl fel a szoptatáshoz. Segítő, támogató kommunikációval biztatja az anyát, és tanácsot ad neki, hogy probléma esetén kihez forduljon. Annak az anyának, akinek a csecsemője speciális ellátásban részesül, segít a tejelválasztás megindításában, illetve a folyamatos tejszekréció fenntartásában.

A helyes mellre helyezés

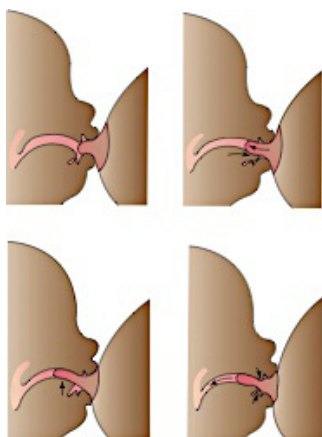
A csecsemő füle, válla és csípője legyen egyenes vonalban.

A csecsemő legyen szemben és egy magasságban a mellel úgy, hogy az orra legyen szemben a bimbóval, amikor a mellre kerül (ez biztosítja az aszimmetrikus mellre tapadást, amikor a mell alsó részéből több mellszövet kerül a csecsemő szájába, mint a mell felső részéből).

A csecsemő legyen közel az édesanya testéhez.

A csecsemő legyen megtámasztva a fejnél és a vállaknál.

Az újszülöttnak az egész testét meg kell támasztani.



3. ábra: A helyes mellre helyezés

24 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Budapest, pp. 17–18.

http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf

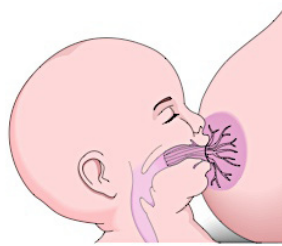
(Letöltve: 2013. okt. 17.).

A mellre tapadás segítése

- Az anya fogja a mellét C-, L- vagy U-tartásban (kerülje az „olló”-tartást).
- A bimbóudvar területéről legalább 2,5 cm-t a csecsemő a szájába vesz.
- A mellállományt kicsit össze lehet nyomni a mellre helyezéskor, hogy a csecsemő könnyebben tapadjon a mellre (szendvicstartás).
- Vigyázni kell arra, hogy az összenyomott mell tengelye a csecsemő szájával párhuzamos legyen.

A jó mellre tapadás jelei

- Az áll érinti vagy majdnem érinti a mellet.
- A száj nagyra nyitott.
- Az ajkak kifelé fordulnak.
- A bimbóudvarból több látható a száj fölött, mint alatta.



4. ábra: A helyes mellre tapadás

A helyes mellre helyezés és mellre tapadás segít a szoptatás során fellépő szövődmények megelőzésében (tútelitődés, mellgyulladás).

A hatékony szopás jelei

- Lassú, mély szopások és nyelési hangok.
- Az újszülött/csecsemő testtartása ellazult.
- Az orcák kitöltöttek (nem horpadnak be).
- A csecsemő nyugodtan szopik.
- A csecsemő magától hagyja abba szopást, és elégedettnek látszik.
- Az anya nem érez fájdalmat.²⁵

25 Vinther, T., Helsing, E. (1997) *Breastfeeding. How to support succes.* World Health Organization Copenhagen, pp. 10–30.; Riordan, J., Wambach, K. (2009) *Breastfeeding and Human Lactation.* Jones and Barlett Learning, LLC., Boston, pp. 96–105.

Szoptatási testhelyzetek

5. ábra: Oldalfekvés



6. ábra: Bölcsőtartás

.....

.....

.....

.....



7. ábra: Keresztezett bölcsőtartás



8. ábra: Hónaljtartás

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FELADAT

A film- és képrészletek alapján értékelje a szoptatást! Az értékeléshez a táblázat nyújt segítséget.

Hatékony szoptatás	Szoptatást nehezítő tényezők
MELL	
Ép, egészséges bőr	Az anya rosszul támasztja a mellét
Egyenletes bőrfelszín	A mell duzzadt, piros, fájdalmas
Mirigyos tapintású laktáló emlő	Hiányzó mirigyállomány
A tejcseppek kigördülnek masszírozás során	A tejcseppek nehezen gördülnek ki masszírozás során
Duzzanat- és fájdalommentes emlők	Ödémás, nyomásra érzékeny emlő
MELLBIMBÓ	
Kifelé forduló	Befelé forduló
Lapos vagy befelé forduló	Lapított, szilvavag alakú
Alakítható, rugalmas	Rugalmatlan, nehezen formálódó
Szoptatás után egyenletesen kerek	Rúzsveg alakú
Ép, fájdalommentes felszín	Hámsérülés: rózsaszín
Nem deformálódott	Berepedt, fájdalmas
A SZOPTATÁSI POZÍCIÓ	
Az anya és a gyermek teste párnákkal megtámasztva	A csecsemő lóg a mellen
A csecsemő hasa az anya hasa felé fordul	A csecsemő a fejét elfordítja a testéhez képest
Alsó áll, orcák és orr a mellnél	Az orr benyomódik a mellbe
A nagy mell kiemelve, alátámasztva	A bimbó kicsúszik a csecsemő szájából
Kereszttartás	Bölcsőtartás
RÁHARAPÁS	
A csecsemő nagyra nyitja a száját	A csecsemő nem eléggé nagyra nyitja a száját
A mellbimbó mélyen a csecsemő szájában van	Többször is próbálkozó csecsemő
A csecsemő aktívan szopni kezd	Ellankad, elalszik
Alsó és felső ajak kifelé fordul	Felső vagy alsó ajkak befelé fordulása
Orcák kerek, párnások	A csecsemő kattogó hangokat hallat
SZOPÁS TEJTRANSZFERREL	
Ütemes szívás, nyelés, légzés	A csecsemő többször belekezd, szünetekkel
Hallható nyelés	Nonnutritív szopás, cumizás
A lélegzetvételi szünetek rövidülnek	Nyugtalan csecsemő
A kéz és a kar ellazul, kienged	A csecsemő keze, karja feszül
A csecsemő elégedett/elalszik	Lekerülve a mellről a csecsemő nyugtalan
Kiváltódó tejleadó reflex, méhösszehúzódások	Az anya nem érezi a reflexet, összehúzódást

9. ábra: Útmutató a szoptatás megfigyeléséhez²⁶

26 A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja: Az egészséges csecsemő (0–12 hónap). Készítette a Védőnői Szakmai Kollégium. *Egészségügyi Közlöny* 2010, 104, 15277–15304.

Az emlő fejése

A fejés mesterséges folyamat, melynek során az édesanya kézzel vagy eszköz segítségével nyeri ki a tejet az emlőjéből. A fejés előtt az anya legyen nyugodt állapotban, jótekonny hatású a meleg alkalmazása, ami segíti a tejleadó reflexet.

A kézi fejés technikáját a kórházi védőnőknek meg kell tanítania minden szoptató anyának!

FELADAT

Írja le, mikor szükséges a mell fejése!

.....

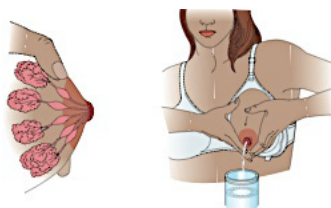
.....

.....

.....

A kézi fejés előnye

- Olcsó.
- Mindig kéznél van.
- Kolosztrumot könnyebb kézzel fejni.
- Stimulálja a melle tapadást.



10. ábra: Kézi fejés

Az eredményes fejés alapja

- A tejleadó reflex kiváltása, amitől sugárban folyni kezd a tej.
- Naponta legalább hatszori fejés.
- Rendszeresség.
- A fejést az *első napon* legalább 20, legfeljebb 30 percig folytassuk minden alkalommal!
- A *második naptól* addig folytassuk a fejést egy-egy alkalommal, amíg az előző nap ugyanakkor fejt mennyiségnél legalább valamicskével, ideális esetben 10 grammal többet tudunk fejni.

- Váltott mellből történő fejés (ha lassan jön a tej: 7-7, 5-5, 3-3 perc).
- Lazítással, meleg borogatással segíthetjük a folyamatot.²⁷

A jó mellszívó

- Kényelmes.
- Nem okoz fájdalmat.
- A mellszívó teljesítményének megítélésekor az egy perc alatt elérhető ciklusok számát tekinthetjük mérvadónak (48-60 perc).
- Automatikus.
- Előnyös, ha fejés közben minél gyakoribb, szopást utánzó inger éri a mellet (szilikon párnás betét).
- Tisztíthatósága jó.

A mellszívók kiválasztásánál figyelembe veendő szempontok

- Gyermek kora.
- Fejések gyakorisága.
- Kifejt tej mennyisége.
- Zajhatás.
- Kényes használat.
- Könnyen tisztítható és összeszerelhető-e.

Higiénés szempontok

- Kézmosás fejés előtt.
- Mell meleg vizes lemosása (donortej leadása céljából a mell tisztogatása fertőtlenítő, szappanos, majd tiszta vízzel történjen meg).²⁸

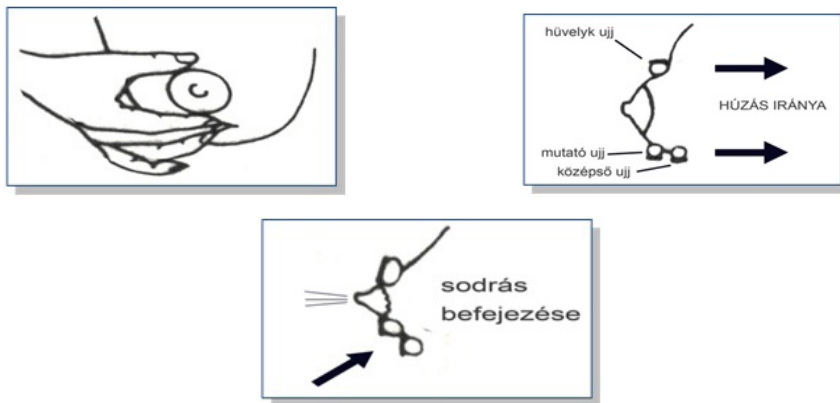
27 Riordan, J., Wambach, K. (2009) *Breastfeeding and Human Lactation*. Jones and Barlett Learning, LLC., Boston, pp. 241.; Vinther, T. (2007) *A szoptatás – hogyan segítsük a sikert*. Országos Gyermek-egészségügyi Intézet, Budapest, p. 41.

28 Lee, A. et al (2012) *Infant Feeding Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Australia, pp. 55–57.

http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/n56_infant_feeding_guidelines.pdf
(Letöltve: 2013. nov. 12.).

FELADAT

Írja le a kézi fejés módját a képek alapján!



11-13. ábra: A kézi fejés módja

.....

.....

.....

.....

.....

A lefejt anyatej otthoni tárolása

Tárolás helye	Hőmérséklet	Tárolás időtartama
Szobahőmérséklet	16–29 °C	3-4 óra
Hűtőszekrényben	<+ 4 °C	72 óra
Mélyhűtőben	< -17 °C	6 hónap

- Ne adjunk frissen lefejt tejet korábban lefagyasztotthoz!
- Mindig a legrégibbi lefagyasztott tejet használjuk fel!
- A felolvasztott tej 24 óráig tárolható a hűtőszekrényben!
- Felolvasztott anyatejet újrafagyasztani tilos!

- Felolvasztásra tegyük az anyatejes tárolóedényt a hűtőszekrénybe, vagy meleg vízbe. Mikrohullámú sütő használata nem javasolt!²⁹

VIII/2.7 Pótlás orvosi indikációja

6 lépés: Csak orvosi indikáció esetén kapjon a csecsemő anyatejen kívül más ételt vagy italt.³⁰

Az egészséges csecsemőt anyatejen kívül csak elfogadható orvosi indokkal lehet más étellel vagy itallal táplálni, illetve ha az anya valamilyen – a kórházon kívül álló – ok miatt dönt a szoptatás ellen. Az intézményben az anyatejen kívül semmilyen csecsemőétel vagy -ital nem reklámozható. A szülőknek reklámanyagok, termékminták nem adhatók.

A pótlás hatása a szoptatásra

Közvetlen hatás

- Ritkul a szoptatási gyakoriság.
- Csökken a tejszekréció.
- Kevesebb anyatej termelődik.
- A szopási idő megrövidül.
- Kialakulhat cumizavar.

Késői hatás

- Korábban befejeződik a szoptatás.

FELADAT

Soroljon fel olyan indokokat, amikor a pótlás elfogadható!

.....

.....

.....

29 Vinther, T. (2007) *A szoptatás – hogyan segítsük a sikert*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, pp. 42.

30 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, pp. 19–21.

http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf
(Letöltve: 2013. okt. 17.).

A szoptatás kontraindikációi

- Galaktozémia.
- Fenilketonúria.
- Ha az anyát radioaktív izotóppal kezelik, vagy egyéb radioaktív expozíció esetén, amíg a radioaktivitás fennáll.
- Antimetabolitokkal vagy kemoterápiás szerekkel történő kezelés.
- Kábítószer-fogyasztás.
- Anyai mellén lévő herpeszes lézió.
- Anyai aktív, kezeletlen tuberkulózis.
- Kezeletlen brucellózis.
- HIV-pozitivitás.³¹

A szoptatás nem ellenjavallt

- Szilikon mellimplantátum.
- Mell gyulladásos állapotai.
- Hepatitis B és C fertőzöttség.
- Szifilisz fertőzöttség.
- CMV-pozitivitás.³²

VIII/2.8 Rooming-in

7. lépés: Legyen általános gyakorlat az anya és az újszülött együttes elhelyezése a nap 24 órájában.³³

A BBKK a szülést követő pillanatoktól az anya és gyermeke együttlétét támogatja a nap 24 órájában, kivéve, ha az újszülött rövid kórházi eljárás vagy indokolt elkülönítés miatt van távol.

31 I. m.; Lee, A. et al. (2012) *Infant Feeding Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Australia, pp. 61–68. http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/n56_infant_feeding_guidelines.pdf (Letöltve: 2013. nov. 12.);

Fleischer Michaelsen, K. et al. (2003) *Feeding and Nutrition of Infants and Young Children*. WHO Regional Publication, European Region, pp. 152–155.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf (Letöltve: 2013. nov. 10.).

32 Fleischer Michaelsen, K. et al. (2003) *Feeding and Nutrition of Infants and Young Children*. WHO Regional Publication, European Region, pp. 152–155.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf

(Letöltve: 2013. nov. 10.).

33 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, pp. 22–25.

http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf

(Letöltve: 2013. okt. 17.).

FELADAT

Milyen kritikák érik a rooming-in bevezetését?

.....

.....

.....

.....

.....

A rooming-in hatásai a szoptatásra

- Csökkenti a fertőzés gyakoriságát.
- Segít a szoptatás megalapozásában és fenntartásában (roomin-in esetén gyakrabban szoptatnak az anyák, és jelentősen magasabb 1, 2 és 3 hónapos korban a szoptatott csecsemők aránya).
- Elősegíti a kötődést.
- A folyamatos együttlét hatására csökken a stresszhormonok szintje.
- Az újszülött kevesebbet sír.
- Biztosított lehet az igény szerinti szoptatás.
- Elkerülhető a szükségtelen hozzátáplálás.³⁴

VIII/2.9 Az igény szerinti szoptatás támogatása

8. lépés: Ösztönözzék az anyákat, hogy az újszülött igényeinek megfelelően szoptassanak.³⁵

Ne korlátozzuk az újszülött szoptatásának gyakoriságát vagy időtartamát! Tanácsoljuk az anyának, hogy akkor szoptasson, amikor az újszülöttje éhes, vagy amilyen gyakran a csecsemő szopni akar.

34 I. m.; Lee, A. et al. (2012) *Infant Feeding Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Australia, p. 34.

http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/n56_infant_feeding_guidelines.pdf
(Letöltve: 2013. nov. 12.).

35 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, pp. 26–28.

http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf
(Letöltve: 2013. okt. 17.).

Az igény szerint szoptatás előnyei

- Gyors tejbelövellés.
- Több tejbevétel a 3. napon.
- Az újszülött súlyvesztése kisebb, korábban nyeri vissza a születési súlyát.
- A meconium ürülése hamarabb következik be.
- Icterus gyakoriassága csökken.

Igény szerinti szoptatásnál az anya figyelni csecsemőjén az éhség jeleit, és a gyermek mellre kerül, függetlenül attól, hogy 10 perce vagy 5 órája szopott-e utoljára. A csecsemő addig maradhat mellen, amíg szeretne.

Éhségjelek

- Gyors szemmozgások láthatók a csecsemő szemhéja alatt.
- Éberség vagy fokozott aktivitás.
- Szopó mozgásokat végez, cuppog.
- Lágú, gügyögő hangokat hallat, vagy sóhajtozik.
- Kezét szájához viszi.
- Nyugtalanná válik.

A szoptatást akkor a legkönnyebb megkezdeni, ha a csecsemő nyugodt éber vagy aktív éber állapotban van. A sírás késői jel, ezért biztassuk az anyát, hogy ne várja meg, amíg a csecsemő sírni kezd, mert olyankor sokkal nehezebb őt mellre tenni.

Az igény szerinti szoptatás egészséges anya és csecsemő esetén működik. Ha az anya melle túltelítődik, vagy a csecsemő aluszékony, és a tejszűrés, illetve a tejtranszfer növelése szükséges, *a csecsemőt ébreszteni kell.*

Ébresztési technikák: pelenkacsere, bőrkontaktus az anyával, masszázs, a csecsemő testhelyzetének változtatása, gyengéd ringatás a függőleges és fekvő testhelyzetet váltogatva vagy előre-hátra, míg a csecsemő ki nem nyitja a szemét. Beszéljünk hozzá, és próbáljunk szemkontaktust létesíteni vele. Változtathatjuk a szoba megvilágítását is.

Ha a csecsemő szoptatás közben elalszik, az ébresztése megkísérelhető függőleges helyzetbe hozással, masszázzsal, gyengéden simogathatjuk az álla alatt, változtathatjuk a szoptatási testhelyzetet, és pelenkát is cserélhetünk, mielőtt áttesszük a másik mellre. Élénkebb szopásra serkenthetjük és fokozhatjuk a tejbevételt oly módon, hogy a szopó mozgás észlelésekor összenyomjuk a mellet.³⁶

VIII/2.10 A cumi/cumisüveg hatása a szoptatásra

9. lépés: A szoptatott csecsemőnek ne adjanak cumit.³⁷

A cumi/cumisüveg használatának ellenjavallatai

- Fertőzést okozhat.
- Megrövidíti a szopási időtartamot.
- Csökkenti a teljes szoptatási arányt.
- Megváltoztatja a csecsemő légzését.
- Fogsor hibás illeszkedéséhez vezethet.
- Növelheti a fogszuvasodásra való hajlamot.
- Gyakoribb a Candida-fertőzés előfordulása.³⁸

VIII/2.11 Szoptatást támogató szervezetek bemutatása

10. lépés: Támogassák a szoptatást segítő anyacsoportok létrehozását, és az egészségügyi intézményekből távozó anyákat irányítsák ezekhez a csoportokhoz.³⁹

37 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, pp. 29–32.

http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf

(Letöltve: 2013. okt. 17.)

38 I. m.; Fleischer Michaelsen, K. et al (2003) *Feeding and nutrition of infants and young children*. WHO Regional Publication, European Region, pp. 159–160.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf. Letöltve: 2013. okt. 17.)

39 Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*, pp. 33–35.

IX. ANYATEJET HELYETTESÍTŐ TERMÉKEK FORGALMAZÁSÁNAK NEMZETKÖZI KÓDEXE

FELADAT

Válaszolja meg a Kódexszel kapcsolatos kérdéseket!

1. Mi a Kódex?

.....

.....

.....

2. Mi a Kódex célja?

.....

.....

.....

3. Miért van szükség a Kódexre?

.....

.....

4. Mely országok szavaztak a Kódex mellett?

.....

.....

5. Csak egy Kódex létezik?

.....

.....

6. Mely termékekkel foglalkozik a Kódex?

.....

.....

7. Ki felelős a Kódex elveinek betartásáért?

.....

.....

8. Különbséget tesz-e a Kódex életkorcsoportok és országok között?

.....

.....

9. Milyen módon állapítható meg, hogy egy kereskedelmi praktika ellenkezik a Kódex előírásaival?

.....

.....

.....

10. Mit nem szabályoz a Kódex?

.....

.....

.....

11. Milyen módon befolyásolhatják a cégek az egészségügyi rendszert?

.....

.....

.....

IX/1. A KÓDEX ÖSSZEFOGLALÁSA

A Kódex a következő fontos rendelkezéseket tartalmazza

- A hatálya alá tartozó termékek a nagyközönség előtt nem reklámozhatók.
- Nem szabad termékmintát osztani az anyáknak és a családtagoknak.
- A termékekkel nem szabad az egészségügyi intézményeket ingyenes adományként vagy alacsony áron ellátni.
- A cégek nem alkalmazhatnak az anyákkal kapcsolatot tartó csecsemőtáplálási tanácsadó személyzetet.
- Nem szabad termékmintát vagy ajándékot juttatni az egészségügyi dolgozóknak.
- Ha az egészségügyi dolgozó mégis kapna ilyen, nem adhatja tovább az anyáknak.
- A termékek címkéjén nem szerepelhet olyan ábra, szöveg vagy kisgyermeket ábrázoló kép, amely idealizálja a mesterséges csecsemőtáplálást.
- Az egészségügyi dolgozóknak szóló információk legyenek tudományosak és tényszerűek.
- Minden mesterséges csecsemőtáplálásról szóló kiadvány, beleértve a termékeken lévő címkéket is, tájékoztassa az olvasót a szoptatás előnyeiről, a mesterséges táplálás anyagi vonzatairól és veszélyeiről.
- A gyártóknak és a forgalmazóknak be kell tartaniuk a Kódex rendelkezéseit, még akkor is, ha az adott ország nem rendelkezik erre a területre vonatkozó törvénnyel vagy más jogszabállyal.
- Az arra alkalmatlan termékeket, mint pl. az édesített sűrített tejet, nem szabad csecsemőtáplálásra ajánlani.⁴⁰

FELADAT

Kérem, gondolja át, hogy a napi munkájában és szakmai szervezetein belül a Kódex szellemében tevékenykedik / tevékenykedne-e! Ha nem, akkor miben kellene, és miben tudna változtatni a cél elérése érdekében?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

40 20/008. (V. 14.) EüM rendelet az anyatej-helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerről.

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0800020.EUM (Letöltve: 2013. nov. 20.).

X. NEM SZOPTATÓ ANYÁK TÁMOGATÁSA

A WHO/UNICEF kiegészítése szerint a Bababarát Kórház Kezdeményezésben a nem szoptató anyákat is megfelelő módon kell támogatni.

Amennyiben az anya teljes körű tájékoztatás után úgy dönt, hogy nem kívánja szoptatni gyermekét, döntését tiszteletben tartva támogatjuk őt abban, hogy a tápszerez táplálást megfelelően és biztonságosan tudja megvalósítani.

Ahhoz, hogy az anyát támogathassuk a csecsemője számára választandó táplálásban, meg kell ismernünk:

- az anya körülményeit,
- egészségi állapotát,
- szociális helyzetét,
- családban elfoglalt helyét,
- a család hozzáállását a szoptatáshoz, valamint
- az anya jövőre vonatkozó terveit.

Az anyákat, családokat tájékoztatni kell a nem szoptatás kockázatairól.

A nem szoptató anya táplálhatja csecsemőjét:

- saját lefejt tejjével,
- donortejjel,
- tápszerrel.

Ügyeljünk arra, hogy az anyát a fenti sorrend betartására biztassuk!

Az anyákat tájékoztatni kell a következőkről

- A kereskedelmi forgalomban kapható por alakú tápszerek nem sterilek!
- A kereskedelmi forgalomban kapható folyékony tápszerek, Tetra Pak csomagolású tápszerek sterilek.
- Hígítatlan tehéntej nem adható a csecsemőknek.

A tápszerrel táplált csecsemők/gyermekek körében gyakrabban fordul elő

- Középfülgyulladás.
- Alsó légúti fertőzés.
- Elhízás.
- Bölcsőhalál.
- Szepszis.
- Húgyúti fertőzés.
- Allergia.
- Asztma.
- Crohn-betegség.
- Colitis ulcerosa.
- Inzulindependens diabetes mellitus.

- Limfóma, akut leukémia.
- Koraszülöttek esetében nekrotizáló enterocolitis.⁴¹

A tápszer elkészítése során ügyelnünk kell a tisztaságra, elsőként a kézmosásra, a használt edények gondos mechanikai tisztítására, mosogatására, és fertőtlenítő oldattal vagy kifőzés-sel történő fertőtlenítésére, amit meg lehet tenni hagyományos edény- vagy mikrosütőbeli forralással. A higiénés szabályok betartásával csökkenthető a tápszerrel átvihető fertőzések veszélye.

A tápszer elkészítése lépésről lépésre

1. Olvassa el és pontosan kövesse a csomagoláson lévő adagolást.
Forralja fel a meghatározott mennyiségű vizet, majd hűtse le legalább 70 °C-ra. A felforralt vizet takarja le. A letakart víz hőmérséklete a forrás megszakításától számított 30 perc múlva lesz 70 °C-os.
2. Adagolja az előírt tápszerport a cumisüvegbe, majd öntse rá a víz kisebb felét.
Helyezze a cumisüveg tetejére a kör alakú zárófedelelet, csavarja rá az üvegre, majd jól rázza össze a tápszert.
3. Öntse hozzá a maradék vizet, ezzel kész a tápszer.
4. A tápszert gyorsan hűtse le a kívánt hőmérsékletre, ez legfeljebb 30 percet vehet igénybe.
5. Mielőtt kínálja a csecsemőnek, ellenőrizze a tápszer hőmérsékletét! A forró tápszer égési sérülést okozhat a csecsemő szájában, garatjában vagy a bőrén.

A tápszert mindig frissen készítse el! A maradékot öntse ki, ne használja fel a következő etetéshez.⁴²

41 Agostoni, C. et al. (2008) Preparation and Handling of Powered Infant Formula: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology*, 39, pp. 320–322.; Lee, A. et al. (2012) *Infant Feeding Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Australia, pp. 73–82. http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/n56_infant_feeding_guidelines.pdf (Letöltve: 2013. nov. 12.).

42 *Safe Preparation, Storage and Handling of Powered Infant Formula: Guidelines* (2007) World Health Organization, Switzerland. http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf (Letöltve: 2013. nov. 23.).

XI. A LAKTÁLÓ EMLŐVEL ÉS AZ EMLŐBIMBÓVAL ÖSSZEFÜGGŐ KÓRÁLLAPOTOK, ÉS AZOK KEZELÉSE⁴³

Valahányszor találkozik az anyával, tegyen lépéseket a szoptatással kapcsolatos esetleges nehézségek felismerésére. Ha képzett a témában, segítsen ezek elhárításában, vagy utalja az anyát egy ezen a téren jártasabb szakemberhez (például laktációs szaktanácsadóhoz, bizonyos esetekben sebész szakorvoshoz vagy bőrgyógyász szakorvoshoz).

XI/1. TELI MELL

Nem tévesztendő össze a túltelítődéssel, normális teltség a szülést követő 3-5. naptól fordul elő, amikor „belövell” a tej. Az anya kényelmetlenül érzi magát, a mellei súlyosak, melegék és kemények, olykor csomósak. A tejáramlás jó, és olykor tej csöpög a mellből.

XI/2. TÚLTELÍTŐDÉS

Jelei

- A mellek fényesek, érintésre kemény tapintásúak, fájdalmasak és melegék.
- A fájdalom lehet enyhe, lokalizált.
- A bimbó lapos, fájdalmas vagy berepedt.
- A csecsemő nehezen tapad a mellre, a szopás nem hatékony, nem megfelelő a mell ürülése.

Okai

.....

.....

Kezelése

.....

.....

⁴³ Riordan, J., Wambach, K. (2009) *Breastfeeding and Human Lactation*. Jones and Barlett Learning, LLC., Boston, p. 305.

XI/3. TEJCSATORNA-ELZÁRÓDÁS

Jelei

- Érzékeny terület vagy csomó az egyébként egészséges emlőben.
- Enyhétől súlyos fokú fájdalom az érintett terület felett.
- Az érintett terület felett enyhe vörösség.
- Nincs láz.

Okai

.....

.....

Kezelése

.....

.....

XI/4. MASTITIS

Influenzaszerű tünetekkel jelentkező szoptató anyánál a mastitis lehetőségére mindig gondolni kell!

Jelei

- Kemény, fájdalmas csomó az emlőben, ami fölött a bőr vörös lehet.
- Az egész emlő duzzadt, vörös, kemény és fájdalmas lehet.
- Kétoldali mastitis – súlyos állapot, általában Streptococcus fertőzésre utal.
- Influenzaszerű tünetek – végtagfájdalom, hidegrázás, láz.
- A tej íze megváltozik (sósabb lesz), ezért a csecsemő esetleg nem fogyasztja szívesen.

Okai

.....

.....

Kezelése

.....

.....

XI/5. TÁLYOG

Kialakulásában a következők játszanak szerepet: nem megfelelő ürítés, bakteriális fertőzés, az antibiotikus kezelés nem hatékony, vagy késik.

Kezelése

.....

.....

XI/6. MELLFÁJDALOM**Jelei**

- Égő, szúró, éles és mély fájdalom, ami sokszor a hónaljba és a karba is kisugárzik.⁴⁴

.....

.....

XI/7. FÁJDALMAS, SÉRÜLT EMLŐBIMBÓ

Az elválasztás második leggyakoribb oka. Amikor egy édesanya számára kellemetlen a szoptatás, fáj az emlő vagy az emlőbimbó, mindig felül kell vizsgálni a szoptatási gyakorlatot.

.....

.....

44 Riordan, J., Wambach, K. (2009) *Breastfeeding and human lactation*. Jones and Barlett Learning, LLC., Boston, p 305.

Jelei

- Sérülés, kirepedés, gennyes seb.
- Kellemetlen, fájdalmas érzet az emlőben.

Okai

.....

.....

Kezelése

.....

.....

XI/8. DERMATITIS**Jelei**

- Kiütés, bőrpír, száraz, hámló bőr.

Okai

.....

.....

Kezelése

.....

.....

XI/9. ÉRSZŰKÜLET, ÉRGÖRCS, RAYNAUD-SZINDRÓMA**Jelei**

- Mély emlőfájdalom, amely szoptatás után is megmarad.
- Elfehéredő emlőbimbó, égő fájdalom.

Okai

.....

.....

Kezelése

.....

.....

XI/10. BLEB

Jelei

- Bőrkieményedésszerű képződmény a bimbón, amely fehér pöttyként látszik.

Okai

.....

.....

Kezelése

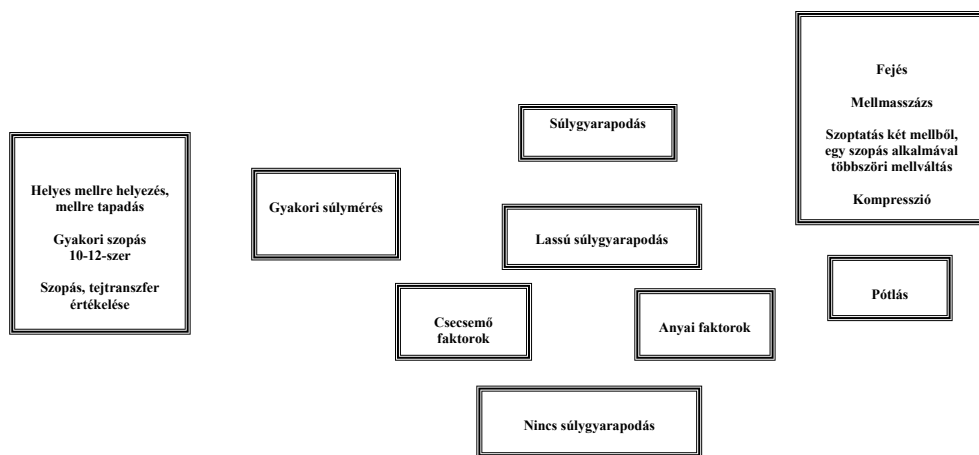
.....

.....

XII. A NEM MEGFELELŐ TEJTERMELÉS ÉS/VAGY LASSÚ SÚLYFEJLŐDÉS/FOGYÁS KEZELÉSE

FELADAT

Kövesse a „Nem elég a tej” folyamatábrán a valódi és nem valódi okok menedzsmentjét!



14. ábra: A nem megfelelő tejtermelés és/vagy lassú fejlődés (fogyás) menedzsmentje⁴⁵

XII/1. ALTERNATÍV TÁPLÁLÁSI MÓDSZEREK⁴⁶

Az alternatív táplálási módszerek közül azokat ismertetjük, melyek a nem szopó vagy nem elegendő szopó csecsemők táplálására alkalmasak a cumisüveg elkerülésével.

XII/1.1 Etetés pohárból

A pohárból etetés céljai

- Az újszülött érzékelje az anyatej illatát és ízét → orális táplálás megtapasztalása.
- Biztosítson szocializációs tapasztalatot a csecsemő és az anya/nővér számára.
- Az orális táplálás ne zavarja meg a szoptatást.

45 Agostoni, C. et al. (2008) Preparation and Handling of Powdered Infant Formula, pp. 320–322.; Lee, A. et al. (2012) *Infant Feeding Guidelines*, pp. 45–47.

46 Török, Sz., Kun, J. (2012) *Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához*. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgalmati Kar, Mentálhigiéné Intézet, Budapest, pp. 169–172.

*FELADAT**Tekintsünk meg egy filmet a pohárból táplálás helyes technikájáról!***XII/1.2 Ujjetetés**

Newman szerint (2008) az ujjetetés azokban az esetekben jöhet szóba, amikor a csecsemő bármely okból visszautasítja a mellet, vagy aluszékonysága akadályozza meg a szopásban.

*FELADAT**Tekintsünk meg egy filmet az ujjetetés helyes technikájáról és értékeljük a látottakat!*

Az ujjetetéshez szükséges eszközök

- 5 French méretű etetőszonda.
- Cumisüveg lefejt tejjel, illetve tápszerrel.
- A cumin nagyméretű lyuk.

XII/1.3 Szoptatás kiegészítése Szoptanítással és hasonló elv alapján működő eszközökkel

Előnye, hogy a szoptatás teljesülése mellett stimulálja az emlőt. A tej turbulens áramlását fokozza, ha vastagabb szondát alkalmazunk, ha megemeljük vagy összenyomjuk a tárolóedényt. Az áramlást csökkenti, ha vékonyabb szondát használunk, és ha a mell szintje alá süllyesztjük a tárolóedényt.

*FELADAT**Tekintsünk meg egy filmet az SNS helyes technikájáról, és értékeljük a látottakat!**Tekintsünk meg egy filmet az etetőszonda helyes technikájáról és értékelje a látottakat!⁴⁷*

47 Wilson-Klay, B., Hoover, K. (2008) Alternative Feeding Methods. In: *The Breastfeeding Atlas*, 4th ed., Lact News Press, Manchaca, pp. 107–116.; Riordan, J., Hoover, K. (2010) Perinatal and Intrapartum Care. In: Riordan, J., Wambach, K. (szerk.): *Breastfeeding and Human Lactation*, 4th ed., Jones and Bartlett Publishers, pp. 215–251.

Mit tegyünk

- Keressük fel az anyát, legyünk elérhetőek számára!
- Használjunk egyszerű és érthető szavakat!
- Könnyebb, ha megfogalmazzuk érzéseinket.
- Figyeljünk a szülők igényeire, használjuk az általuk kínált fogalomrendszert (pl. angyal lett).
- Figyeljünk oda az apára is!

Mit mondjunk

- „Nagyon sajnálom.”
- „Nagyon bíztam benne, hogy máshogy végződik.”
- „Nem tudom, mit mondhatnék.”
- „Engem is mélyen érint.”
- „Nagyon szomorú vagyok a történetek miatt.”
- „Van kérdésük bármivel kapcsolatban?”
- „Ha gondolják, később is tudunk beszélni.”

Maradjunk csendben, mégis legyünk jelen!**Mit ne tegyünk**

- Ne használjunk orvosi kifejezéseket!
- Ne meneküljünk el a kérdések elől!
- Ne vitatkozzunk a szülőkkel, és ne erőltessük rájuk a saját akaratunkat!

Mit ne mondjunk

- „Önöknek lehet még másik gyermeke.”
- „Sokkal jobb, hogy azelőtt halt meg a gyermek, mielőtt jobban megismerték volna őt.”
- „Rosszabbul is végződhetett volna.”
- „Az a legjobb, hogy így történt.”
- „Az idő a legjobb gyógyszer.”

XIV. ABLAKTÁLÁS

FELADAT

Mikor van szükség az ablaktálásra?

Az ablaktálás célja

A laktáció szupressziójának elérése mellett a diszkomfort enyhítése, valamint a fájdalom és gyulladás megelőzése.

Az ablaktálás kezelése

A menedzsment aszerint változik, hogy a laktáció szupressziójára a tejbelövellés előtt, vagy a már beindult tejtermelés időszakában kerül sor.

NEM farmakológiai módszerek

1. A közvetlen posztpartális időszakban: a tejbelövellés előtt legtöbbször elegendő a mell stimulációjának elkerülése, azonban ilyenkor is kialakul a tejbelövellés. A túltelítődés 1-2 nap alatt megtörténik, a diszkomfort az első posztpartum hét végére elmúlik.
2. Szoptatással vagy fejéssel fenntartott tejtermelés időszakában. Ez esetben a tejtermelés hirtelen felfüggesztése súlyos túltelítődéshez, tejsöpögéshez, diszkomfortérzéshez, extrém mellfájdalomhoz és emlőgyulladásához vezethet. Az anyának a tejtermelés *fokozatos* csökkentésében kell segítséget kapnia.

A laktáció szupresszió ajánlott menedzsmentje

A mell teltségének fenntartása mellett a kellemetlen tünetek (fájdalom) és szövődmények (elzáródott tejvezeték, emlőgyulladás) elkerülése.

Annyi tejet kell csak lefejni, hogy így csökkenjen a feszülés. Fokozatosan kell csökkenteni a tejtermelést anélkül, hogy ez az anyánál kellemetlen tüneteket okozna. A fejések ajánlott gyakorisága attól függ, hogy:

- mennyi tej termelődik;
- az anya korábban milyen gyakran ürítette ki a mellt;
- mennyi idő telt el gyermeke születése óta.

Az anya addig fejj, amíg nincs komfortérzete, miközben növeli az időközöket a fejések között, és rövidíti a fejések időtartamát.

Példa

Egy korábban kb. 3 óránként szoptató, illetve fejő nőnél a következő terv javasolt: az 1. napon fejés 4-5 óránként 5 percig, a 2. napon 6 óránként 3-5 percig, míg a 3-7. napon csak addig, amíg a kellemetlen feszülés meg nem szűnik, majd a fejést azután hagyja abba, amikor eljutott a napi egyszeri fejésig.

Egyéb eljárások az anya támogatására

- Megfelelő melltartó viselése éjjel-nappal.
- Meleg zuhany, ami a mell stimulálása nélkül tejfolyást eredményez, és csökkenti a feszülést.
- Hideg alkalmazása, ami csökkenti a fájdalmat és duzzanatot.
- Fájdalomcsillapító (ibuprofen vagy acetaminophen).
- Figyeljük, hogy nem mutatkoznak-e emlőgyulladás jelei.
- Amennyiben infektív mastitis lép fel, antibiotikus kezelés javasolt 10-14 napig.

Tejtermelés gyógyszeres csökkentése

- Bromocriptin Cabergolin Ösztrogén⁴⁸

48 Nisha, S., Uma, S., Vineeta, S. (2009) Role of Newer Drug Cabergolin in Lactation Suppression as Compared to Estrogen-Androgen Combination. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 59, pp. 152–155.; Oladapo, O. T., Fawole, B. (2012) Treatments for Suppression of Lactation. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12, pp. 4–90

XV. VESZÉLYEZTETETT ANYÁK ÉS ÚJSZÜLÖTTEK

XV/1. HÁTTÉRANYAG

Részlet a *Küzdelem a csecsemőkért* című ismeretterjesztő film forgatókönyvéből.⁴⁹

Páciens: Félek, nagyon félek. Őszintén szólva azt szeretném, ha minél előbb kijönne, és túl lennék rajta. Szörnyen melegem van, nem ezért, csak valahogy úgy érzem, mintha... Nem tudok lehajolni, mert bennem van egy kicsi csontváz.

Terapeuta: Így érzi?

Páciens: Igen, így érzem, és zavar, mert fáj, főleg a gyomrom. Szeretnék végre szabad lenni, levegőhöz jutni, de úgy érzem, megfulladok. Amikor hallom a többi nőt, ahogyan azt mondják, milyen jó – hát én nem értem, mi jó van abban, ha valaki terhes. Jó, én is szeretnék gyermeket, de hogy így terpeszkedjen – nagyon furcsa.

Terapeuta: Furcsának találja?

Páciens: Igen, nagyon furcsának. Tudom, hogy máshogy fogom fel, mint a többiek.

Terapeuta: Nem érdekes, milyenek a többiek. Mindenki más. Nincsenek normák.

Páciens: Azok szerint, akiknek elmondom – persze nem mondom el mindenkinek, csak egy pár embernek – nem vagyok normális. Én nem szeretem. Nem érzem jól magam így. Az az érzésem... tudom, hogy ez elég rémesen hangzik, de úgy érzem, mintha egy idegen test lenne, és mintha kihasználna engem. Mintha egy parazita lenne, aki felzabálja a belsőmet, főleg akkor érzem, ha fáradt vagyok.

Narrátor: Françoise Molenat több mint háromszáz ilyen vallomást vett föl. Mi készítette arra, hogy fölvegye ezeknek a nőknek, illetve pároknak a vallomásait, amik egyébként rendkívül bizalmas jellegűek?

Molenat: Úgy gondolom, hogy a szülők véleménye perdöntő. Lényegbevágó dolgokról beszélnek, arról, hogy mire van szükségük, mi az, ami foglalkoztatja őket. Ha létre akarunk hozni egy szervezetet, amelyiknek az a feladata, hogy végigkísérje az úgymond veszélyeztetett terhességet – akár orvosi, akár szociális szempontból veszélyeztetett –, akkor a szakembereinket érzékenyekké, fogékonyakká kell tennünk, segítenünk kell nekik, hogy megértsék a szülők érzéseit, azt, hogy mit élnek át a terhesség alatt. Erre az egyik legjobb módszer, ha meghallgatják a szülők vallomásait...

Páciens: Én már a legkisebb rossz szóra is robbanni tudnék, ezért félek nagyon. Nem akarom, hogy kiabáljanak velem, végtére is beteg vagyok.

⁴⁹ Varga, K., Suhai-Hodász, G. (2002) *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Pólya Kiadó, Budapest, pp. 32–34.

Terapeuta: Mit szeretne? Hogy megmondjuk a szülésznőknek, ápolónőknek? Hogyan képzeleli?

Páciens: Legyenek kedvesek.

Terapeuta: Azt szeretné, ha kedvesek lennének, ha barátságosan fogadnák?

Páciens: Igen, nem bírom az agresszivitást, a megjegyzéseket, főleg most. Elmondanám nekik a problémákat, de a gonosz megjegyzéseket nem tudnám elviselni. Elegendem van. Nem szeretném, ha úgy kezelnének, mint egy különös esetet, idegenkednék tőlem.

Terapeuta: Ettől fél?

Páciens: Igen, igen.

Terapeuta: És miért idegenkednének magától?

Páciens: Nem tudom.

Terapeuta: Miért gondolja ezt?

Páciens: Mindenki idegenkedne tőlem...

Riporter: Ahogy hallgatjuk ezeknek az asszonyoknak a vallomásait, az az érzésünk, hogy legtöbbször félelmet vált ki a szülészetben dolgozóknál, és ez komoly félreértések okozója lehet.

Molenat: Igen. Ez természetes, hogy olykor így éreznek. Ennek semmi köze a gyermekhez, aki a világra jön majd. Az derül ki, hogy a szakemberek azt észlelik, hogy néha milyen agresszív indulatok dűlnek az asszonyokban, és ez félelmetes.

Riporter: A félreértések miatt?

Molenat: Igen. A megbélyegzések miatt is, azt mondhatják rájuk, hogy ezek az anyák nem beszámíthatók. Ők megpróbálnak, ha nehézkesen is, de úrrá lenni a múltból felbukkanó nyomasztó emlékeken. Egy harmadik személy segítségével, aki megteheti, hogy segít, mert kívülről. Egyrészt megemésztetni a múltat, másrészt megkönnyítheti a „hogyan tovább?” kérdés megválaszolását, illetve azt, hogy másként lássa a dolgokat. A múlttól persze nem lehet megszabadulni, nem elég csak a jövőt felépíteni, de arra is szükség van, hogy elrendezzük magunkban a múltat. Ha nem tesszük meg, a terhesség alatt robbanhat ki az egész. És minél fájdalmasabb a múlt, annál nagyobb a robbanás...

Páciens: Mivel nem ismerem ezt az érzést, soha nem érzékenyültem el tőle, csak olyan furcsa. Nagyon vigyázok, persze nem eléggé, mert akkor nem követnék el ilyen sok hülyeséget. Vigyázok, hogy ne roppanjak teljesen össze, védekezem, de semmi anya-lánya köteléket nem érzek.

Terapeuta: Az még korai lenne.

Páciens: Tudom, hogy nem leszek durva vele. Nem ez a probléma. De hogyan fogok fölnevelni egy teljesen más embert, mint én, hogyan leszek képes rá? Úgy érzem, hogy sokkal erősebb lesz nálam, ugyanazt fogja kiváltani belőlem, mint anyám, főleg ha lány lesz. Ezért szerettem volna fiút, mert nem akartam, hogy azt váltsa ki belőlem, mint anyám vagy a nővérem. Szeretném megragadni ezt az egész átkozott múltat, soha többé nem halani róla, mert csak a múltban élek, hiába próbálom kitörölni. Megpróbálok küzdeni ellene. Nem megy.

Terapeuta: Pedig a múlt nagy súllyal nehezedik önre. Különösen most, amikor annyira akar küzdeni ellene. Felbukkan a múlt, és elfoglalja a gondolatait. Talán át kellene alakítani őket.

Páciens: Pontosan. Nem akarom azt csinálni, amit mindig is tettem, hátat fordítani, nem szembesülni ezekkel a szenvedésekkel, mert még alattomosabban jönnek elő. Szembe kell nézmem ezekkel, választ kell találnom mindenre. Nem kéne folyton azt mondogatnom, hogy az vagyok, amit átéltem, én a múltamban vagyok. Nem, találnom kell valami mást. Más gyökereket, de még nem tudom, mik legyenek azok, fogalmam sincs.

Néhány héttel később, ugyanaz a nő, otthonuk teraszán a csecsemőjével az ölében.

Páciens: Jól érzi magát. Érzem, hogy jó neki itt, a hasamon. És ez jó. Biztos, hogy emlékszik rám. A szívdobogásom hangjára még kell, hogy emlékezzen. Jó neki, és ha neki jó, én is nyugodt vagyok. Ez minden. Le is fektetem. Kényelmesen lefekszel, jó? Istenem, milyen titokzatos, amikor fekszik. Ha valami bánt, csak odahajolok a fejéhez, és megnyugszom. Szinte megkönnyebbülést érzek, ahogy nézem, ahogy alszik. Nekem is kedvem lesz aludni, mert veled nagyon jó ám aludni...

Páciens: Ha nem álltak volna mellettem, mint Françoise Molenat, aki rögtön megértette azt, hogy nálam pszichés zavart okozott a terhesség, minden, amit addig elfojtottam jó mélyen, hirtelen feltört. Ahogy nőtt a hasam, egyre jobban gyötörték az emlékek, nem volt kapcsolatom a babával, tudtam, hogy terhes vagyok, a szememmel láttam, de nem jutott el az agyamig. Mondtam is Claude-nak (a férj), hogy ha majd megszülnem, akkor veszem tudomásul, hogy gyermekem van. Csak amikor a hasamra tették, akkor fogtam fel.

Riporter: És ha nem lett volna ez a...

Páciens: ...szervezet? És a doktorok? Hát ez kérdés. Fogalmam sincs, mi lett volna. Tényleg nem tudom. Már el sem tudom képzelni, hogy valami rossz történhetett volna, mondjuk, hogy öngyilkos lettem volna, de nem tudom. Tény, hogy mellettem voltak, és az eredmény itt van. És még most is segítenek, ha kell... *Páciens:* Látod, papa? Nem fáj nekem. Jól megtöröljük, nehogy kisebesedjen (pelenkázás közben az anya).

Narrátor: Azt is el lehet képzelni, hogy egy olyan gyermekkor, mely intézetből intézetbe való vándorlással telt, majd egy nélkülözésekkel teli ifjúkor Claude-dal nem sok alapot szolgáltatott a gondtalan terhességhez. És ilyen előzményekkel, ha nincs a kismama mellett egy olyan türelmes segítő, mint Françoise Molenat, könnyen baj történhet. Valaki veszélyeztetettnek nyilvánítja a csecsemőt, és intézetbe helyezteti. És a mechanizmus a szokott módon szinte megállíthatatlanul beindul.

Riporter: Soha nem fél attól, hogy elveszik magától a gyermeket?

Páciens: Ez meg sem fordult a fejemben.

Riporter (a férjhez fordulva): Magának sem?

Apa: Nem tehetnek meg akármit. Miért vennék el?

Páciens: Miattam.

Apa: Ezer más dolgot ki tudnak találni. Bármi megtörténhet az életben, anyagi problémák, egyéb dolgok adódhatnak.

Páciens: Én is sok mindent megéltem már, de eszembe sem jutott, hogy elvehetik Joanát. Jó, végeredményben nem az én tulajdonom, ő a Földhöz, a világegyetemhez tartozik; de mégiscsak az én lányom.

Apa: Ha belegondolok, hogy ez megtörténhet, csak azt mondhatom, hogy senki nem veheti el tőlem, bármilyen okból is. Egészen biztos.

XV/2. AZ ÚJRAFOGALMAZÁS

Megismételjük, kérdés formájába öntjük, vagy más szavakkal, átstrukturálva újra elmondjuk, amit a kliens kifejtett, úgy, hogy azzal a kliens is egyetértsen. Rogers szerint az újrafogalmazás három egymást fokozó hatású eljárás útján valósul meg:

1. **visszatükröző** újrafogalmazás (pl. egyszerű visszhangválasz)
2. **összefoglaló** újrafogalmazás (összetettebb újrafogalmazás)
3. **megvilágító** újrafogalmazás (magába foglalja a gyakoribb ellenvetéseket és az ezekre adott válaszokat is)⁵⁰

Az újrafogalmazást **kiegészíthetjük** egyéb kommunikációs eszközökkel:

- a fogadtatás, az első beszélgetés kezdete;
- a csendek;
- a lejátszódó események elemzése, verbalizálása;
- a kivárás (halljuk meg, ami a közlés mögött van).

FELADAT

Az idézett filmrészletben számos formáját fedezheti fel az újrafogalmazásnak, empatikus figyelemnek. A kiemelt példákon túl gyűjtsön továbbiakat az újrafogalmazás lehetőségére! Legyen a kezében toll, hogy menet közben is tudjon feljegyzést készíteni, ugyanakkor figyeljen a filmrészletre!

Nehéz múltú várandós anya krízisben	A terapeuta reakciói: kérdések, újrafogalmazások, megerősítések
Páciens: Félek, nagyon félek. Őszintén szólva azt szeretném, ha minél előbb kijönne, és túl lennék rajta. Szörnyen melegelem van, nem ezért, csak valahogy úgy érzem, mintha... Nem tudok lehajolni, mert bennem van egy kicsi csontváz.	Terapeuta: Így érzi?

50 Carver, Ch. S., Scheier, M. F. (1998) *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, pp. 398–405

Nehéz múltú várandós anya krízisben	A terapeuta reakciói: kérdések, újfelfogalmazások, megerősítések
<p>Páciens: Igen, így érzem, és zavar, mert fáj, főleg a gyomrom. Szeretnék végre szabad lenni, levegőhöz jutni, de úgy érzem, megfulladok. Amikor hallok a többi nőt, ahogyan azt mondják, milyen jó – hát én nem értem, mi jó van abban, ha valaki terhes. Jó, én is szeretnék gyermeket, de hogy így terpeszkedjen – nagyon furcsa.</p>	<p>Terapeuta: Furcsának találja?</p>
<p>Páciens: Igen, nagyon furcsának. Tudom, hogy máshogy fogom fel, mint a többiek.</p>	<p>Terapeuta: Nem érdekes, milyenek a többiek. Mindenki más. Nincsenek normák.</p>
<p>Páciens: Én már a legkisebb rossz szóra is robbanni tudnék, ezért félek nagyon. Nem akarom, hogy kiabáljanak velem, végtére is beteg vagyok.</p>	<p>Terapeuta: Mit szeretne?</p>
<p>Páciens: Legyenek kedvesek. Páciens: Igen, nem bírom az agresszivitást, a megjegyzéseket, főleg most. Elmondanám nekik a problémákat, de a gonosz megjegyzéseket nem tudnám elviselni. Elegem van. Nem szeretném, ha úgy kezelnének, mint egy különös esetet, idegenkednének tőlem.</p>	<p>Terapeuta: Azt szeretné, ha...</p>
<p>P:</p>	<p>T:</p>
<p>P:</p>	<p>T:</p>
<p>P:</p>	<p>T:</p>
<p>P:</p>	<p>T:</p>

XVI. A KÓRHÁZI VÉDŐNŐ FELADATA A GYERMEKVÉDELMI JELZŐRENDSZERBEN

XVI/1. VONATKOZÓ JOGSZABÁLYOK, RENDELETEK

- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) XVI. cikk (1) bekezdés
- 1952. évi IV. törvény a házasságról, családról és a gyámságról
- 1991. évi LXIV. törvény a gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- 15/1998. (IV.30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 149/1997.(IX.10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról
- 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről
- 235/1997. (XII. 17.) Korm. rendelet a gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és a személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról
- 223/1998. (XII. 30.) Korm. rendelet a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény végrehajtásáról
- 261/2002. (XII.18.) Korm. rendelet a nevelőszülői, a hivatásos nevelőszülői és a helyettes szülői jogviszony egyes kérdéseiről
- 97/2013. (III. 29.) Korm. rendelet egyes gyermekvédelmi tárgyú kormányrendeleteknek a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárások egyszerűsítésével összefüggő módosításáról
- 29/2003. (V. 20.) ESzCsM rendelet a helyettes szülők, a nevelőszülők, a családi napközi működtetők képzésének szakmai és vizsgakövetelményeiről, valamint az örökbe fogadás előtti tanácsadásról és felkészítő tanfolyamról
- 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

XVI/2. VESZÉLYEZTETŐ TÉNYEZŐK

FELADAT

Az alábbi táblázat részletesen összegyűjti azokat a veszélyeztető tényezőket, melyekkel egy kórházi védőnő is találkozhat. Egészítsék ki a hiányzó eseteket!

Kategóriák	Veszélyeztető helyzetek	Veszélyeztető helyzetek megjelenési formái
Anyagi problémák	Munkanélküliség	• Nincs rendszeres jövedelem
		• Nincs keresőképes személy a családban
		• Szülők munkanélkülisége
	Háztartás jövedelme elégtelen	• A család megélhetése nincs biztosítva
• Az egy főre jutó jövedelem nem éri el a nyugdíjminimumot		
• A gyermektartási díj nincs fizetve		
Lakhatási problémák	A szülő nő hajléktalan	• A szülő nő életvitelszerűen közterületen él
		• Fennáll a kilakoltatás veszélye
	Méltatlan lakhatási körülmények	• Az épület alkalmatlan a lakhatásra
		• A lakás higiénés viszonyai nem megfelelők
		• Komfort nélküli lakás
		• Haszonállatok a lakásban
Vándorló család	• Albérletből albérletbe költözés vagy menekülés miatt az egészségügyi ellátás rendszeressége nem biztosított	
Nem megfelelő együttélések	• Több család együttélése	
	• A szülők a válást követően is egy háztartásban élnek	
Családszerkezeti és kapcsolati problémák		
	Megromlott vagy nem állandó családszerkezet	• Elvált szülők
		• Külön élő szülők
Megromlott családi kapcsolatok	• Családtagok közötti tartós kapcsolatromlás	

Kategóriák	Veszélyeztető helyzetek	Veszélyeztető helyzetek megjelenési formái
Gyermekbántalmazás		
Szülői devianciák	A szülő kábítószer használ	• Deviáns magatartás jellemző az anyára, apára
	A szülő alkoholizálása	• Szülő(k) alkoholizmusa
	Szülői játékszenvedély	• A szülő az idejének legnagyobb részét játékkal tölti
	Szülő öngyilkossági kísérlete	• A szülő öngyilkosságot kísérelt meg
	A szülői promiszkuitás	• Az anya gyakori partnerváltással keres pénzt
Pszichés zavar	A gyermekágyas pszichés zavarai	
Egészségügyi problémák	A gyermekágyas mentális betegsége	
	Az újszülött állapota	
	Kiskorú szülő	
Egyéb		

15. ábra: A gyermekágyas anyát és gyermekét veszélyeztető tényezők⁵¹

51 Gál, A. et al. (2011) *Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása*. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 16–28.

XVI/3. A GYERMEKVÉDELMI RENDSZER

Magyarország Alaptörvénye kihirdeti, hogy „Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz.”⁵²

A Gyermekvédelemről és gyermekjóléti igazgatásáról szóló 1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban Gyvt.) az ENSZ Gyermekjogi Egyezményével, a Házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. törvénnyel, valamint a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvénnyel összhangban előtérbe helyezi a gyermekek jogait és érdekeit, és elsőbbséget biztosít a gyermek családban történő nevelkedésnek. A törvény meghatározza a gyermekek alapvető jogait, és e jogok érvényesítésének garanciáit, valamint a gyermekek védelmének rendszerét és alapvető szabályait. Ehhez különböző támogatások és szolgáltatások igénybevételét 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 történő visszahelyezését.⁵³

A gyermekek védelme a gyermekek családban történő nevelkedésének elősegítésére, veszélyeztetettségének megelőzésére és megszüntetésére, valamint a szülői vagy hozzátartozói gondoskodásból kikerülő gyermekhelyettesítő védelmének biztosítására szolgáló tevékenység.⁵⁴

A gyermekek védelmét pénzügyi, természetbeni és személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátások és szakellátások biztosítják, melyek működtetése állami és önkormányzati feladat.⁵⁵

Pénzügyi és természetbeni ellátások	Személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekjóléti alapellátások
rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény	gyermekjóléti szolgáltatás
gyermektartásdíj megelőlegezése	gyermek napközbeni ellátása
otthonteremtési támogatás	gyermek átmeneti gondozása

52 Magyarország Alaptörvénye, XVI. cikk (1).

53 1997. évi XXXI. törvény a Gyermekvédelemről és gyermekjóléti igazgatásáról, I–II. fejezet.

54 1997. évi XXXI. törvény a Gyermekvédelemről és gyermekjóléti igazgatásáról, 15. § (2).

55 1997. évi XXXI. törvény a Gyermekvédelemről és gyermekjóléti igazgatásáról, 14. §.

Személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekvédelmi szakellátások	Gyermekvédelmi gondoskodás keretébe tartozó hatósági intézkedések*
otthont nyújtó ellátás	hátrányos és halmozottan hátrányos helyzet fennállásának megállapítása
utógondozói ellátás	védelembe vétel
területi gyermekvédelmi szakellátás	családba fogadás
	ideiglenes hatályú elhelyezés
	nevelésbe vétel

* A hatósági intézkedések körébe tartozik a nevelési felügyelet elrendelése, az utógondozás elrendelése, valamint az utógondozói ellátás elrendelése.

16. ábra: A gyermekek védelmének rendszere⁵⁶

XVI/3.1 Személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekjóléti alapellátások

A személyes gondoskodás igénybevétele önkéntes, kérelemre történik. Ha azonban a gyermek védelme nem biztosított az ellátás önkéntes igénybevételével, a törvény elrendeli az ellátás kötelező igénybevételét. A cél ebben az esetben is a család működőképességének megőrzése, illetve javítása abból a célból, hogy a gyermekek családból való kiemelése megelőzhető legyen.⁵⁷

Gyermekjóléti szolgáltatás

A gyermekjóléti alapellátás egy olyan speciális, személyes, szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereivel, eszközeivel szolgálja a gyermek testi, lelki egészségének védelmét, és célja a gyermek családban történő nevelésének segítése, valamint a gyermek veszélyeztetettségének csökkentése, megszüntetése, és a családból kiemelt gyermek visszahelyezése. Az alapellátás hozzájárul a gyermek hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetének feltárásához, és a szociális hátrányok csökkentéséhez.

Feladata többek között a támogatásokhoz való hozzájutás segítése; a családtervezési, a pszichológiai, a nevelési, az egészségügyi, a mentálhigiénés és a káros szenvedélyek megelőzését célzó tanácsadás, vagy az ezekhez való hozzájutás megszervezése; a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint számára a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutás szervezése.

A gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében észlelő és jelzőrendszert működtet, elősegíti a nem állami szervek, valamint magánszemélyek részvételét a megelőző rendszerben; feltárja a veszélyeztetettséget előidéző okokat, és ezek megoldására javaslatot készít; tájékoztatást nyújt az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokból, illetve abba a gyermek örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről.

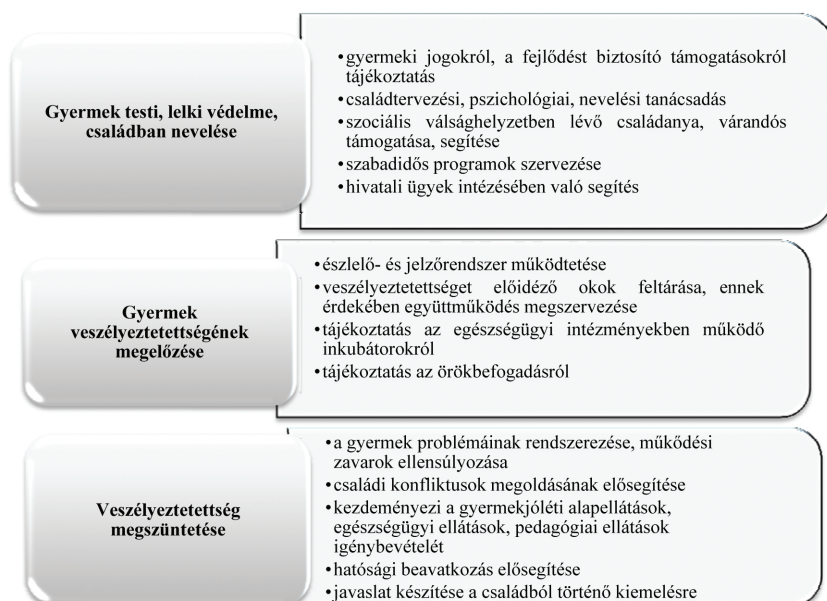
56 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, 15.§.

57 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, 29. § (1).

Feladata a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése érdekében a gyermekkel és családjával végzett szociális munkával elősegíteni a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását; a családi konfliktusok megoldásának elősegítését, az egészségügyi ellátások és a pedagógiai szakszolgálatok igénybevételét, a gyermek védelembe vételét, vagy súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét. A gyermekjóléti szolgáltatás feladata a családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében a családgondozás biztosítása a gyermek családjába történő visszailleszkedéséhez.⁵⁸

Az ellátást a jogosult lakóhelyéhez, tartozódási helyéhez legközelebb lévő személyes gondoskodást nyújtó intézménynek kell biztosítani. A települési önkormányzat gyermekjóléti szolgáltatásának feladatait a *gyermekjóléti szolgálat* keretén belül látja el.⁵⁹

A gyermekjóléti szolgáltatás feladata a családból kiemelt gyermekek visszahelyezése érdekében a *családgondozás* (otthont nyújtó ellátást biztosítva a család gyermeknevelési körülményeinek megteremtéséhez, javításához, a szülő és a gyermek közötti kapcsolat helyreállításához) és az *utógondozás*, mely biztosítja az otthont nyújtó ellátást, illetve a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást végző intézménnyel együttműködve a gyermek családjába történő visszailleszkedését.⁶⁰



17. ábra: A gyermekjóléti szolgáltatás feladatai⁶¹

58 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. §.

59 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásáról, 40. § (1,2).

60 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásáról, 39. § (5).

61 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásáról, 39. §.

A gyermekjóléti szolgálat a válsághelyzetben levő várandós anyát:

- tájékoztatja az őt, illetve a magzatot megillető jogokról, támogatásokról és ellátásokról;
- segíti a támogatásokhoz, ellátásokhoz, szükség esetén a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutásban;
- segíti problémái rendezésében személyes segítő kapcsolaton keresztül.⁶²

A gyermekjóléti szolgálat a születendő gyermeke felnevelését nem vállaló várandós anyát tájékoztatja:

- a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről, valamint joghatásairól;
- a nyílt örökbefogadást elősegítő közhasznú szervezetek, valamint a nyílt örökbefogadást elősegítő és a titkos örökbefogadást előkészítő területi gyermekvédelmi szakszolgálatok tevékenységéről és elérhetőségéről;
- arról, hogy bármely gyámhivatal és területi gyermekvédelmi szakszolgálat részletes tájékoztatást ad az örökbefogadási eljárásról, és hogy bármely gyámhivatal illetékes a szülői nyilatkozat felvételére, ha a szülő az örökbefogadáshoz való hozzájárulását úgy adja meg, hogy az örökbefogadó személyét és személyi adatait nem ismeri;
- arról, hogy az örökbefogadási eljárás lefolytatására melyik gyámhivatal illetékes, valamint
- a gyermeknek az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokba történő elhelyezésének lehetőségéről és annak jogi következményeiről.⁶³

XVI/3.2 Gyermekjóléti központ⁶⁴

A gyermekjóléti központ a gyermekjóléti szolgáltatás alapfeladatain túl speciális szolgáltatásokat, így utcai és lakótelepi szociális munkát, kapcsolattartási ügyeletet, kórházi szociális munkát és készenléti szolgálatot biztosít.

A kórházi szociális munka

A gyermekjóléti központ és az egészségügyi intézmény szerződést köt, melyben rögzítik a kórházi szociális munka biztosításának kereteit, valamint az együttműködés módját.

Célja:

- a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a kórházi védőnővel együttműködve a válsághelyzetben lévő anya és gyermekének segítése;
- a gyermekosztályon a gyermekelhanyagolás és bántalmazás észlelése esetén a Gyvt. 17. §-ának (2) bekezdése szerint szükséges intézkedések megtétele.

62 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. §.

63 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. §.

64 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 7. §.

A gyermekjóléti központ az illetékessége alá nem tartozó gyermeket a gyermek további ellátása biztosításának érdekében az illetékes gyermekjóléti szolgálathoz vagy központhoz irányítja.⁶⁵

XVI/3.3 A gyermekjóléti szolgálatok és a védőnők közös feladatai

A Gyvt. nevesíti a jelzőrendszer tagjait, együttműködésüket és feladataikat a veszélyeztetettség megszüntetése érdekében. A gyermekjóléti szolgáltatás alapvető feladata az észlelő- és jelzőrendszer működtetése, melynek tagjai törvényben meghatározott feladatokat látnak el. Ebben a rendszerben kiemelt szerepet kap a védőnő, a házi orvos és a házi gyermekorvos. A védőnő preventív jellegű gyermekvédelmi gondoskodása a veszélyeztető tényezők megfigyelésén alapul. A védőnő alaptervékenysége, hogy a gyermeket körülvevő család működését és a gyermek fejlődését figyelemmel kíséresse, és a veszélyeztetettség gyanúja esetén jelzéssel éljen a gyermekjóléti szolgálat felé.⁶⁶

XVI/3.4 A járási gyámhivatal feladata és hatásköre

*A járási gyámhivatal a gyermekek védelme érdekében:*⁶⁷

- Elhelyezi a gyermeket ideiglenes hatállyal a különélő másik szülőnél, más hozzátartozónál, vagy más alkalmas személynél, illetve a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 4:122. § (2) bekezdése szerinti gyermekvédelmi nevelőszülőnél, vagy – ha erre nincs mód – gyermekotthonban, fogyatékosok vagy pszichiátriai betegek otthonában, egyidejűleg – a feltételek fennállása esetén – családba fogadó gyámot vagy gyermekvédelmi gyámot rendel.
- Megállapítja a szülői felügyeleti jog szünetelését, feléledését, megszűnését.
- Dönt az általa elrendelt és a más szerv által alkalmazott ideiglenes hatályú elhelyezés felülvizsgálatáról, megszüntetéséről és megváltoztatásáról.
- Nevelésbe veszi a gyermeket, és egyidejűleg gyermekvédelmi gyámot rendel.
- Dönt a nevelésbe vett gyermek kapcsolattartásáról.
- Figyelemmel kíséri a nevelésbe vett gyermek és a kapcsolattartásra jogosult szülő kapcsolatának alakulását, a szülőnek a gondozó személlyel vagy intézménnyel való együttműködését, indokolt esetben elrendeli a kötelező támogatott közvetítői eljárás igénybevételét.
- Dönt a gyermek nevelésbe vételének megszüntetéséről.

65 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 7/C §.

66 XIII. Országos Konszenzus Konferencia szakmai anyagai, (2013), Zamárdi, Módszertani Gyermekjóléti Szakemberek Országos Egyesülete, pp. 6–8.

http://www.mogyesz.hu/files/konszenzus_kiadv%C3%A1ny_2013.pdf (Letöltve: 2013. nov. 26.).

67 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről, 4. §.

- Dönt az utógondozás és az utógondozói ellátás elrendeléséről, valamint a tanulói vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt utógondozói ellátásának elrendelésével egyidejűleg megállapítja a fiatal felnőtt halmozottan hátrányos helyzetének fennállását.
- Dönt a gondozásidő-j fizetési kötelezettség megállapításáról, illetve megszüntetéséről.
- Megállapítja a nevelésbe vett gyermek lakóhelyét.
- Dönt az ideiglenes hatállyal elhelyezett és nevelésbe vett, speciális szükségletű gyermek nevelési felügyeletéről.
- Közreműködik a bírósági végrehajtási eljárásban.
- Dönt a gyermek védelembe vételéről és annak megszüntetéséről.
- Dönt a családi pótlék természetbeni formában történő nyújtásáról, felülvizsgálatáról, a kirendelt eseti gondnok elszámolásának elfogadásáról.
- Kezdeményezi a folyósító szervnél az iskoláztatási támogatás folyósításának szüneteltetését és a szüneteltetés megszüntetését, felülvizsgálja az iskoláztatási támogatás folyósításának szüneteltetését.
- Megkeresi az adóhatóságot a gondozási díj behajtása érdekében.
- A gyermek gondozási helyére vonatkozó javaslat kialakítása érdekében felkérhet az illetékességi területén kívüli más megyei (fővárosi) gyermekvédelmi szakértői bizottságot szakvélemény elkészítésére.

*A járási gyámhivatal a várandósságát eltitkoló válsághelyzetben lévő várandós anya és születendő gyermeke érdekében*⁶⁸:

- A várandós anya kérelmére meghatározza a születendő gyermek lakóhelyét.
- A titkolt terhességből született gyermek törvényes képviselőjének kérelmére megállapítja a gyermek lakóhelyét, és egyidejűleg intézkedik a gyermek fővárosi területi gyermekvédelmi szakszolgálatához érkezett iratainak a törvényes képviselő részére történő kiadásáról, feltéve, hogy nincs folyamatban a gyermek örökbefogadásának engedélyezése iránti eljárás.
- A titkolt terhesség tényét az anya nyilatkozata alapján kell megállapítani.

*A járási gyámhivatal az örökbefogadással kapcsolatban*⁶⁹:

- Dönt a gyermeket örökbe fogadni szándékozók alkalmasságáról, és kérelemre elrendeli az örökbefogadásra alkalmas személyek nyilvántartásba való felvételét.
- Felveszi a szülőnek azon jognyilatkozatát, amelyben hozzájárul gyermeke ismeretlen személy általi örökbefogadásához.
- A megyeszékhelyen működő járási gyámhivatal, a fővárosban a Fővárosi Kormányhivatal V. kerületi gyámhivatala, Pest megyében a Pest Megyei Kormányhivatal Szentendrei Járási Hivatalának gyámhivatala (a továbbiakban együtt: kijelölt

68 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről, 6. §.

69 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről, 7. §.

gyámhivatal) az örökbefogadással kapcsolatban dönt a gyermek örökbe fogadhatónak nyilvánításáról.

- Felveszi, elbírálja és jóváhagyja a szülőnek azon jognyilatkozatát, amelyben hozzájárul gyermeke ismeretlen személy általi örökbefogadásához.
- Dönt az örökbefogadás engedélyezéséről, az utánkövetésről, és intézkedik a titkolt terhességből született gyermek iratainak az örökbefogadó szülő részére történő kiadásáról.
- Dönt a felek közös kérelme alapján az örökbefogadás felbontásáról.
- Pert indíthat, illetve kezdeményezhet a gyermek örökbefogadásának felbontása iránt.
- Kérelemre felvilágosítást adhat a vér szerinti szülő adatairól.

XVI/4. A GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁS KERETÉBE TARTOZÓ HATÓSÁGI INTÉZKEDÉSEK

Védelembevétel⁷⁰

A védelembé vétellel egyidejűleg a gyermek gondozásának folyamatos segítése és ellátásának megszervezése, a szülői nevelés támogatása érdekében. A gyámhatóság a gyermek részére a gyermekjóléti szolgálat családgondozóját rendeli ki és a veszélyeztetettség okának megszüntetése érdekében intézkedést tesz, így különösen:

- kötelezi a szülőt, hogy folyamatosan vegye igénybe a gyermekek napközbeni ellátását, a gyermekek átmeneti gondozását, az iskolaotthonos nevelést-oktatást, illetve kollégiumi ellátást,
- kötelezi a szülőt, hogy gyermekével keressen fel valamely családvédelemmel foglalkozó személyt vagy szervezetet,
- kötelezi a szülőt arra, hogy gyermeke vegye igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.

Családbafogadás⁷¹

A szülő egészségi állapota, indokolt távolléte vagy más családi ok miatt a gyermeket a szükséges ideig más, a szülő által megnevezett család átmenetileg befogadja, gondozza és

70 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, 68. §

71 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, 81. §

nevelje, feltéve, hogy a nevelésbe vétel megszüntetése és a családbafogadás a gyermek érdekében áll.

Ideiglenes hatályú elhelyezés⁷²

Ha a gyermek felügyelet nélkül marad, vagy testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését családi környezete vagy önmaga súlyosan veszélyezteti, és emiatt azonnali elhelyezése szükséges, a gyámhatóság, valamint a rendőrség, az ügyészség, a bíróság, stb. a gyermeket fellebbezésre tekintet nélkül végrehajtható határozatával ideiglenesen a nevelésére alkalmas, azt vállaló különélő szülőnél, más hozzátartozónál, illetve személynél helyezi el. Amennyiben erre nincs lehetőség, valamint a tizenkettedik életévét be nem töltött gyermek esetén minden esetben a legközelebbi ideiglenes hatállyal elhelyezett gyermekek ellátását is biztosító nevelőszülőnél helyezi el.

Az ideiglenes hatályú elhelyezéstől kezdődően a szülő gondozási, nevelési joga szünetel.

Nevelésbe vétel⁷³

A nevelésbe vétel célja a gyermek otthont nyújtó ellátásának és törvényes képviselőnek biztosítása, amíg a gyermek családja képessé válik a gyermek visszafogadására, számára családbafogadó gyám rendelésére kerülhet sor, örökbefogadása megtörténik, vagy eléri nagykorúságát. A gyámhatóság a gyermeket nevelésbe veszi:

- a gyermek számára családbafogadó gyám rendelésére nem kerülhet sor
- a gyermek fejlődését családi környezete veszélyezteti, és veszélyeztetettségét az alapellátás keretében biztosított szolgáltatásokkal, valamint a védelembé vétellel nem lehetett ma szülő vagy mindkét szülő szülői felügyeleti jogát a bíróság megszüntette
- a szülő vagy mindkét szülő elhalálozott
- a gyermek ideiglenes hatállyal nem helyezhető el a leendő örökbefogadó szülőnél
- a gyermek ismeretlen szülőktől származik,
- a szülő gyermeke örökbefogadásához az örökbefogadó személyének és személyi adatainak ismerete nélkül tett hozzájáruló nyilatkozatot.

72 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, 72. §

73 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, 77-78. §

XVI/5. A GYERMEKVÉDELMI JELZŐRENDSZER FELADATA

A Gyvt. meghatározza a gyermekjóléti szolgálat tevékenységét, így a jelzőrendszernek kettős funkciója van:

- a településen élő gyermekeket általában veszélyeztető okok feltárása, és azok megoldására javaslatok készítése, valamint
- az egyes gyermek veszélyeztetettségének megelőzése, felismerése és megszüntetése érdekében az összehangolt szakmai intézkedések megtétele.

A jelzőrendszer tagjai többek között a házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő, a köznevelési intézmények dolgozói, de ilyen jelzéssel és kezdeményezéssel bármely állampolgár és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet. A tagok kötelesek a gyermek veszélyeztetettségének fokától függően jelzéssel élni a gyermekjóléti szolgálat felé, súlyos veszélyeztetés esetén hatósági eljárást kezdeményezni.

FELADAT

Válaszolja meg a kérdést!

Kik a jelzőrendszer külső és belső tagjai?

.....

.....

.....

A gyermekjóléti szolgálat feladatai a gyermekvédelmi jelzőrendszer működtetésével kapcsolatban

- Megkeresi a jelzőrendszer tagjait, ösztönzi a tagokat az együttműködésre, ennek érdekében esetmegbeszéléseket szervez, tanácskozást tart.
- Felhívja a jelzőrendszer tagjait jelzési kötelezettségük írásban – krízishelyzet esetén utólagosan – történő teljesítésére.
- Fogadja a jelzéseket, és kezdeményezi vagy megteszi a szükséges szakmai intézkedéseket.
- Visszajelez a jelzőrendszer tagjai felé.

A kialakult veszélyeztettség megszüntetése érdekében a gyermekjóléti szolgálat

- Elősegíti a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását.
- Kezdeményezi: egyéb ellátások (szociális alapszolgáltatások, családsegítés, egészségügyi ellátások, pedagógiai szakszolgálatok) igénybevételét.
- Kezdeményezi a gyermek védelembe vételét, illetve súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, átmeneti vagy tartós nevelésbe vételét.

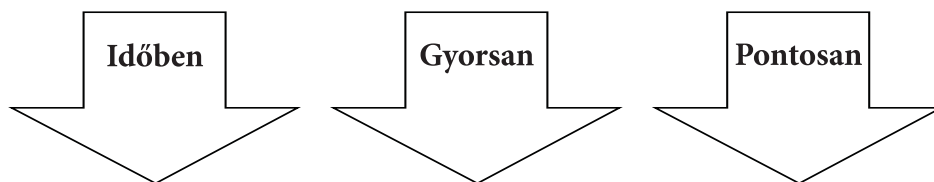
A települési önkormányzat a Gyvt. 39. §-ában meghatározott gyermekjóléti szolgáltatás feladatait önálló intézményként, illetve a családsegítő szolgálat, vagy a 96. § (4)-(5) bekezdései szerinti egészségügyi vagy nevelési-oktatói intézmény szervezeti és szakmai tekintetben önálló intézményegységként, és külön jogszabályban meghatározott képzési előírásoknak megfelelő személy foglalkoztatásával biztosítja.⁷⁴

XVI/6. A GYERMEKVÉDELMI RENDSZER ÉS A VESZÉLYEZTETTSÉGET ÉSZLELŐ ÉS JELZŐ RENDSZER TAGJAINAK KÖTELEZETTSÉGE

XVI/6.1 Az egészségügy feladata

A gyermekek, a várandós és családja veszélyeztetettségét tovább súlyosbítja, ha a fenyegetett állapotot, a nem kívánt helyzetet nem vesszük időben észre, de adekvátan reagálunk az esetre.

A Gyvt. kimondja, hogy: „6. § (1) A gyermeknek joga van a testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, egészséges felnevelkedését és jólétét biztosító saját családi környezetében történő nevelkedéshez. (2) A gyermeknek joga van ahhoz, hogy segítséget kapjon a saját családjában történő nevelkedéséhez, személyiségének kibontakoztatásához, a fejlődését veszélyeztető helyzet elhárításához, a társadalomba való beilleszkedéséhez, valamint önálló életvitelének megteremtéséhez. (2a) A hátrányos helyzetű és a halmozottan hátrányos helyzetű gyermeknek joga van ahhoz, hogy fokozott segítséget kapjon a fejlődését hátráltató körülmények leküzdéséhez és esélyeinek növeléséhez.”⁷⁵



A Módszertani Gyermekjóléti Szolgáltatások Országos Egyesülete által meghatározott definíció a veszélyeztetettséget a következőképpen részletezi.

- Veszélyeztetett gyermek az, aki családjában vagy közvetlen környezetében tartósan fennálló vagy ismétlődő testi, fizikai, lelki bántalmazásnak, szexuális zaklatásnak, erőszaknak és elhanyagolásnak áldozata.
- Az akut vészhelyzet olyan, a gyermek vagy más személy által tanúsított magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult rossz állapot, mely a gyermek vagy várandós élethelyzetét veszélyezteti, és azonnali intézkedést igényel.

74 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügy igazgatásáról, VI. fejezet, 40. §.

75 1997. XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásáról, 6. §.

- A veszélyeztettség nem akut, hanem egy veszélyeztető folyamat miatt kialakult állapot. A testi és lelki fejlődést ártó környezeti hatások és rossz társas kapcsolatok károsítják.⁷⁶

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (továbbiakban Etv.) a veszélyeztettség csupán az egészségi állapot optimális fenntartásának fenyegetettségét foglalja magába.

- Az Etv. 3. § j) pontja szerint a veszélyeztető állapot „az az állapot, amelyben a nem azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene.”
- Az Etv. 42. § (5) szerint „az egészségügyi alapellátás és szakellátás területén működő egészségügyi szolgáltatók feladataik ellátása során kiemelt figyelmet fordítanak a gyermekek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. Ennek érdekében együttműködnek a közoktatási, a szociális és családsegítő, valamint a gyermekek védelmét ellátó intézményekkel, személyekkel, és szükség esetén megfelelő intézkedést kezdeményeznek.”⁷⁷

Az Országos Gyermkegészségügyi Intézet (OGYEI) által kiadott, háziorvosoknak, házi gyermekorvosoknak és védőnőknek készült 1. sz. módszertani levél bemutatja az elhanyagoló vagy bántalmazó magatartás mértékének meghatározását, szintjeit és szükséges intézkedéseit.

Az Etv. nem részletezi az együttműködés és a jelzési kötelezettség eseteit, ezért gyakran előfordul, hogy az orvosi titoktartást azokban az esetekben is alkalmazzák, amikor a Gyvt. meghatározza a jelzési kötelezettséget.

A gyermekorvos és a védőnő együttes feladata, hogy megbecsülje, hogy milyen fokú a veszélyeztetettség, mert a továbbiakban ennek függvényében kell dönteni.⁷⁸

*Az egészségügyi dolgozó jelzési kötelezettségének elmulasztása is bántalmazó, elhanyagoló magatartást jelent – valamint foglalkozás körében elkövetett gondatlanságot –, hiszen ez is veszélyezteti a gyermeket és családját, valamint további sérelmet eredményezhet. A szakemberek részéről a jelentési kötelezettség módját az eset(ek) megbeszélésére és a közös intézkedés metodikájának, cselekvési tervének elkészítésére.*⁷⁹

Magatartás	Leírás	Teendők
Alacsony fokú veszélyeztető magatartás	Enyhébb jelenségek, csekély a hatás a gyermek fejlődésére, későbbi viselkedésére.	Orvos, védőnő segítséget nyújt a gyermek gondozásában, nevelésében. Rendszeresen látogat, tájékoztat. Szakellátóhoz irányít.

⁷⁶ Kézikönyv a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók számára a gyermekekkel szembeni rossz bánásmóddal kapcsolatos esetek ellátáshoz és kezeléshez (2006) Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Budapest, p. 14.

⁷⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. §.

⁷⁸ Gál, A. et al. (2011) *Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása*. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, p. 10.

⁷⁹ Gál, A. et al. (2011) *Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása*. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet

Magatartás	Leírás	Teendők
Mérsékeltlen súlyos veszélyeztető magatartás	Gyakori (de nem veszélyes), vagy hosszabb távon károkozással nem fenyegető magatartás.	Jelzés a gyermekjóléti szolgálat felé.
Nagyon súlyos veszélyeztető magatartás	Folyamatos vagy gyakori elhanyagolás, vagy súlyosan veszélyeztető magatartás.	Sürgős jelzés a gyámhatóság és a gyermekjóléti szolgálat felé!
Életveszélyes veszélyeztetettség	Hosszú távú vagy súlyos lélektani, fizikai károkozás, vagyis életveszélyes helyzet.	A gyermek azonnali kiemelése.

18. ábra: Az egészségügyi dolgozó jelzési kötelezettségei⁸⁰

XVI/6.2 A kórházi védőnő

Általános feladatok

- Tervezni, egyeztetni, szervezni, együttműködni a kórházi védőnői feladatok ellátása során az intézmény szervezeti és működési rendjének megfelelően.
- Nyilvántartani az intézményben ellátandó gyermekágyas anyákat és újszülöttjeiket.
- Anamnézist készíteni a gyermekágyas anya és újszülöttje szükségletének (testi, lelki, szociális) meghatározásához, és a hazamenetelre való felkészítéshez.
- Tájékoztatni az anyát a gyermekágyas állapot testi-lelki változásairól.
- Támogatni a harmonikus anya-gyermek kapcsolat kialakulását, az anya és újszülöttje közötti „biztos” kötődés kialakulásának folyamatát, hogy az anya érzékenyen, gyorsan és megfelelően reagáljon újszülöttje jelzéseire.
- Közreműködni a szoptatást támogató környezet kialakításában, segíteni az anyát a szoptatásban, az újszülött igénye szerinti kizárólagos szoptatás megvalósításában.
- Szükség esetén a *nem szoptató/szoptatni nem tudó* anyák tájékoztatása az újszülött táplálásának egyéb lehetőségeiről.
- Felkészíteni az anyát az újszülötttel kapcsolatos alapvető gondozási műveletekre.
- Megbeszélni a gyermekágyas anyával a táplálkozásra, a személyi higiéniére vonatkozó fontosabb szempontokat.
- Tájékoztatni, kapcsolatot felvenni és együttműködni a lakóhely/tartózkodási hely szerint illetékes területi védőnővel az intézményből való távozást követő, szükséglet szerinti otthoni gondozás és alapellátás (egészségügyi, szociális) biztosítása érdekében.
- Közreműködni a szülészeti/újszülött osztály/-egység csoportos foglalkozásainak szervezésében és/vagy vezetésében és/vagy tartásában.
- Támogatni a gyermekágyas anyát (családját) szüléshez társuló veszteségek esetén, segítséget nyújtani az ablaktálásban.
- Dokumentálni a kórházi védőnői tevékenységet.
- Beszámolót készíteni az éves tevékenységgel kapcsolatban.

80 Gál, A. et al. (2011) *Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása*. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, p. 11.

- **Közreműködni a gyermekvédelemben szükség esetén az újszülött nevelőszülőknél történő elhelyezésében, örökbeadás/örökbefogadás előkészítésében.**⁸¹

A védőnő a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a magzat, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódóan is ellát feladatokat – *az észlelő- és jelzőrendszer tagja*. Ennek keretében köteles (igazolható módon) jelzéssel élni a gyermek veszélyeztetettségének észlelése esetén a kórházi szociális munkás vagy a lakóhely szerint illetékes gyermekjóléti szolgálat felé.⁸²

A kórházi védőnő feladatai a gyermekvédelemben

- Tájékozik a gondozott szociális körülményeiről, otthoni/családi környezetéről.
- Amennyiben újszülöttről van szó, s a család otthoni körülményei nem alkalmasak a fogadására, nevelésére, ellátásra, akkor:
 - a területi védőnő a gyermekjóléti szolgálattal történő konzultáció során felméri a hazaadás lehetőségeit;
 - szükség esetén ügyintéztést, vagy gyermekvédelmi intézkedést kezdeményez.
- Családi, szociális krízishelyzetekben tájékoztatást ad az anyának az anya-újszülött átmeneti elhelyezésének lehetőségéről, szükség esetén az örökbefogadás formáiról.
- Tájékoztatja a családot:
 - a szociális támogatások rendszeréről;
 - anyákat, családokat támogató civil szervezetekről.
- Adminisztrációs, dokumentációs kötelezettség:
 - újszülött-értesítő;
 - koraszülöttek;
 - szociális veszélyeztetettség esetén a hazaadást megelőzően tájékoztatást kér a területileg illetékes védőnőtől, gyermekjóléti szolgálattól.⁸³

XVI/6.3 A rendőrség feladata

Ha az észlelt eset azt kívánja, a rendőrségnek is részt kell vennie a gyermekvédelmi együttműködésben, és fel kell vennie a kapcsolatot a jelzőrendszer tagjaival. A családon belüli erőszak kezelésével és a kiskorúak védelmével kapcsolatos rendőri feladatok végrehajtására vonatkozó 32/2007. (OT 26.) ORFK utasítást az Országos Rendőrfőkapitány annak érdekében adta ki, hogy a családon belüli erőszakkal kapcsolatos rendőri munka preventív tényezőként jelenjen meg. Ha az orvosi ellátás során 8 napon túl gyógyuló sérülést észlelünk, akkor a sérülés feltehetően bűncselekmény következménye, így az észlelő orvos haladéktalanul köteles az esetet bejelenteni a rendőrség felé.⁸⁴

81 NEFMI szakmai protokoll a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülöttellátásban. Védőnői Szakmai Kollégium (Hatályos: 2011. december 1.)

82 Uo.

83 XIII. Országos Konszenzus Konferencia szakmai anyagai (2013, Zamárdi). Módszertani Gyermekjóléti Szakemberek Országos Egyesülete, p. 20.

http://www.mogyesz.hu/files/konszenzus_kiadv%C3%A1ny_2013.pdf (Letöltve: 2013. nov. 2.).

84 Gál, A. et al. (2011) *Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása*, p. 12.

XVII. HATÉKONY EGYÜTTMŰKÖDÉS ÉS KAPCSOLATTARTÁS

XVII/1. A KÓRHÁZI VÉDŐNŐ FELADATAI A JELZŐRENDSZERBEN

XVII/1.1 Szituációs gyakorlatok

FELADAT

Alakítsanak 3 csoportot! Minden csoport jelzésértékű eset(ek)et fog kapni, melyet kiscsoportos munkában kell feldolgozniuk azon szempontok alapján, hogy a megjelölt veszélyeztető helyzetekben milyen feladatai vannak a kórházi védőnőnek. Határozzák meg a gyermekvédelemi eljárás folyamatát, kiemelve a hatékony kapcsolattartás lehetséges eszközeit. A feladat célja, hogy összegyűjtsék azokat az információkat, melyeket a kliensnek a beszélgetés során mindenképpen szeretnénk átadni. A feladat kreativitást igényel, mert minden csoportnak magának kell kitalálnia az esethez tartozó történetet, és a feldolgozást követően szituációs játékban kell a teljes csoport számára bemutatni!

Drogos édesanya

Koraszülött gyermek

Kiskorú anya újszülöttjének hazaadása

Hajléktalan gyermekágyas anya

.....

.....

.....

.....

XVII/2. DOKUMENTÁCIÓ

XVII/2.1 Minőségi dokumentáció

FELADAT

Gyűjtsük össze, hogy a kórházi védőnői munka során keletkező adatok dokumentációja során milyen nehézségekbe és akadályokba tudunk ütközni, valamint véleményünk szerint, hogyan érhető el minőségi dokumentáció.

Erősségek	Gyengeségek
Lehetőségek	Veszélyek

XVII/2.2 Problémajelző adatlap/környezettanulmány

FELADAT

Milyen adatok, információk szerepeljenek egy problémajelző adatlapon/környezettanulmányon?

.....

.....

.....

.....

.....

XVII/2.3 Születésbejelentő Rendszer

.....

.....

.....

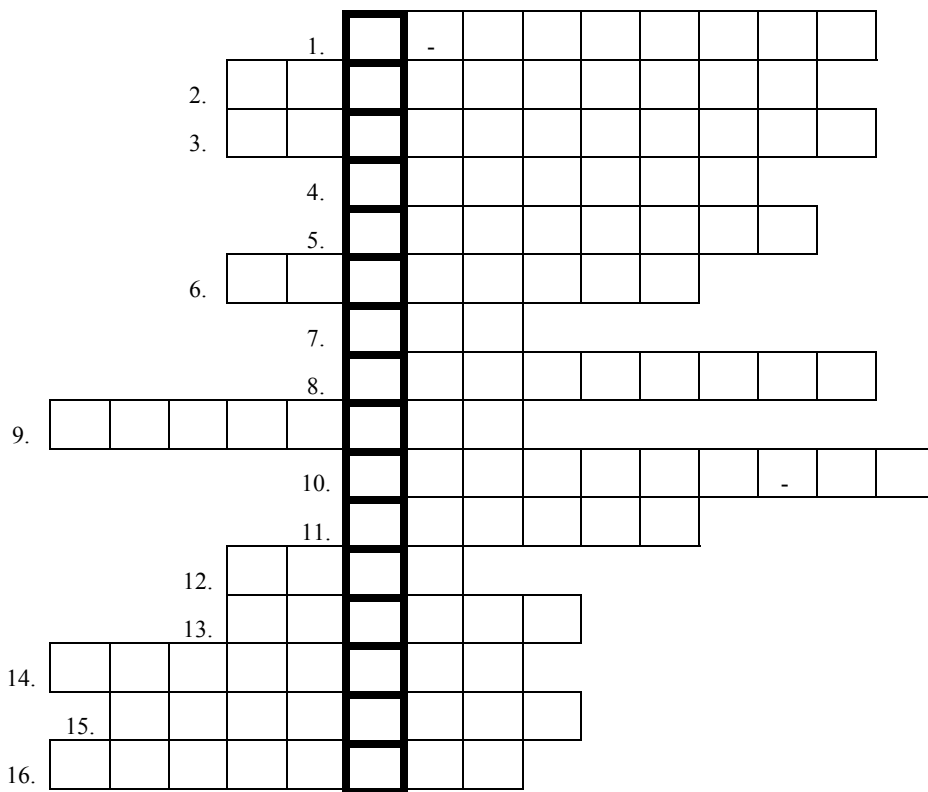
.....

.....

FELADAT

Minden csoport oldja meg a rejtvényt a jelenlegi ismeretei és a képzésen kapott információk alapján. A kapott megfejtés témája az elkövetkezendő óra témája lesz.

1. Zsírban oldódó vitamin, melynek a véralvadásban van szerepe.
2. Az „újszülöttkori” időszak latin megfelelője.
3. A várandósság 24. (28.) hetétől a születést követő 168 óráig eltelt időszak.
4. A csecsemő számára optimális táplálék.
5. Fertőzés latinul.



6. A simaizmok működését szabályozó hormon, melynek a szülésben is jelentős szerepe van.
7. Újszülött és koraszülött csecsemők intenzív ellátását biztosító centrum.
8. Olyan anyag vagy hatás, mely az embrióban vagy a magzatban fejlődési károsodást okoz.
9. A Bababarát Kórház Kezdeményezés első lépésének alapja.
10. Az anya és gyermek tartós együttlétét biztosítja a szülést követő napokban.
11. Az alapellátásban dolgozó primer prevenció szakember.
12. Az egészségbiztosítás ellátásainak keretében kizárólag a biztosítottaknak járó, havi rendszerességű, jövedelemarányos pénzbeli ellátás, mely a szülő jövedelemkiesését hivatott pótolni, és amelyre jogosult az a biztosított szülő, aki a pénzbeli ellátás igénylését megelőzően 2 éven belül 365 napon át biztosított volt.
13. Két, különböző életkorú testvér egyidejű szoptatása.
14. A tej kiválasztódása az emlőmirigyben (tejmirigyben). A tejelés, tejelválasztás és tejképződés latin megfelelője.
15. Mellgyulladás orvosi szaknyelven.
16. A szülést követő első pár óra.

XVII/3. RÖVIDEN A KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓRÓL**FELADAT**

Alakítsanak 3 csoportot! A következő feladatban minden csoport a korai intervencióval, a koragyermekkorai intervenció intézményrendszerrel kapcsolatos kérdéseket kap, melyek megválaszolását az egyes csoportoknak kell kidolgozni, majd a nagy csoport közösen átbeszéli a kérdéseket. A feladat megoldására a kiscsoportoknak 15 perc áll rendelkezésükre.

1. Mit jelent a koragyermekkorai intervenció és a korai fejlesztés fogalma?

.....

.....

.....

2. Mit jelent a koragyermekkorai nevelés és a koragyermekkorai fejlesztés?

.....

.....

.....

3. Mit jelent a PIC/NIC? Mit tanácsol a szülőnek a kórházi védőnő a PIC/NIC osztály rendjéről?

.....

.....

.....

4. Milyen szülősegítő szolgáltatások léteznek? Milyen módon, milyen eszközökkel lehet támogatni a szülőket?

Részletesen mutassák be a Down Alapítványt, a Szemem Fénye Alapítványt (Dóri Ház), és a „Korábban érkeztem” Alapítványt.

.....

.....

5. Mit jelent a korai intervencióban a transzdiszciplináris team? Kik a tagjai?

.....

.....

.....

6. Mit jelentenek az alábbi mozgásterápiák és fejlesztőeljárások?

Bobath-módszer, Pető-módszer, Katona-módszer

.....

.....

.....

XVII/4. KORAGYERMEKKORI INTERVENCIÓ

A gyermek és egyben az ember fejlődésének ütemét és annak milyenségét a kora gyermekkori időszak befolyásolja, határozza meg. A koragyermekkori időszak különösen fontos azon gyermekek számára, akiknek fejlődése nem a megfelelő módon halad. Ha ezt az időszakot nem használjuk ki a gyermek fejlesztésére, a gyermek sokkal nehezebben fog bizonyos képességeket megszerezni, vagy a későbbi életévekben sem jut el arra a szintre, amit a benne rejlő képességek alapján biztosan el tudna érni.⁸⁵

A koragyermekkori intervenció mindazon szolgáltatások/ellátások összessége, amelyek az iskoláskor előtti, speciális segítséget igénylő gyermekekre és családjukra irányulnak. A koragyermekkori 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 prevenció elem. A speciális segítségnyújtás egyrészt a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, a család és a gyermek szociális befogadása érdekében történik.⁸⁶

85 Czeizel, B. (2009) A kora gyermekkori intervenció múltja, jelenje és remélt jövője. *Gyógypedagógiai szemle*, 37, 153–160.

86 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.

<http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention-update/eci-files/ECI-EN.pdf>
(Letöltve: 2013. nov. 6.)

XVII/4.1 A koragyermekkorai intervenció fejlesztő, terápiás szolgáltatásai⁸⁷

A koragyermekkorai intervenció fejlesztő, terápiás szolgáltatásait azok a gyermekek vehetik igénybe, akiknél a diagnosztikus szűrővizsgálaton jelentős elmaradást észleltek az alábbi területek közül:

- mozgásfejlődés,
- értelmi fejlődés,
- hallás-, látásfejlődés,
- kommunikáció-, beszédfejlődés,
- szociális, érzelmi fejlődés, viselkedésbeli eltérés.

A gyermek fejlődési szintjének felmérése (komplex vizsgálat): Célja a gyermek fejlődési diagnózisának megállapítása, fejlődési állapotának és a család szükségleteinek felmérése. A vizsgálatot gyermekorvos, gyógypedagógus, gyógytornász és pszichológus végzi.

Gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás: Az ellátás magában foglalja a különböző fejlődési területek (kommunikáció, beszéd, finommotorika, szociális és értelmi készség, viselkedés, önkiszolgálás) fejlesztését, tanácsadást a gyermekek fejlődésével, nevelésével, gondozásával kapcsolatban, mely egyéni fejlesztési terv alapján történik. A szülőknek pedagógiai tanácsadást nyújt, szükség esetén családot és intézményt látogat.

Mozgásfejlesztés: A mozgásfejlesztő foglalkozások egyéni fejlesztési terv alapján, egyéni és csoportos gyógytornában valósulnak meg. A Dévény-módszer (DSGM) során a szakember az izom-, ín- és kötőszövetrendszer speciális manuális technikával (kézzel) kezeli. A Tervezett Szenzomotoros Tréning egy olyan terápia, mely a mozgásos feladatokra épül, és elsősorban az egyensúlyérzéket és a mozgások összerendezését segíti.

Zeneterápia: A zene erejével mozgás-, figyelem-, koncentráció- és kommunikációfejlesztés segítése egyéni és csoportos foglalkozás keretében.

Pszichológiai segítségnyújtás: Egyéni terápia, szülőcsoportok, közös fejlesztő munka a gyógypedagógusokkal, mely során segítik a családot az optimális életvitel kialakítására és a társadalomba történő beilleszkedés megvalósítására.

XVII/4.2 Fogalmak⁸⁸

Korai fejlesztés: A korai fejlesztés és gondozás magába foglalja a komplex gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztését, a mozgásfejlesztést és a pszichológiai segítségnyújtást. A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. A szakértői bizottság a 18 hónapnál fiatalabb gyermek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos

87 Czeizel, B. (2009) A kora gyermekkorai intervenció múltja, jelenje és remélt jövője. *Gyógypedagógiai szemle*, 37, 153–160.

88 Az alfejezet az alábbi anyag felhasználásával készült: Kereki, J. (2014) *Majd kinövi (?) – A koragyermekkorai intervenció rendszer és a korai fejlesztés*, TÁMOP–6.1.4/12/1-2012–0001, Koragyermekkorai (0-7 év) program, V/I. elemi projekt, GYEMSZI.

által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti. Ha a gyermek betöltötte a 3. életévét, akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe.⁸⁹

Kisgyermekkorai nevelés: Hazánkban a kisgyermekkorai nevelés kifejezés alatt, a 0–6 (7) éves korú gyermekek intézményes gondozását, nevelését értjük. A kisgyermekkorai nevelés a 0–3 éves korú gyermekek számára nyújtott nappali ellátás, mint a bölcsőde, valamint a 3–6 (7) éves korosztály számára biztosított óvodai ellátás keretében zajlik. 2009-től az óvodai-bölcsődei nevelés keretében lehetőség van a 2–6 (7) éves korosztály vegyes csoportú ellátására. A kisgyermekkorai nevelés magába foglalja a gyermekek testi, szociális, érzelmi, értelmi, anyanyelvi és motorikus képességeinek egyéni és életkorszpecifikus fejlesztését, az iskolára való felkészítést.⁹⁰

Koragyermekkorai fejlesztés: A családok felkészületlensége és ismerethiánya a gyermekvárási és az azt követő időszakról jelentősen meghatározza a gyermek fejlődését, a társadalmi leszakadás és elszigetelődés mértékét.

A kora gyermekkorai fejlesztés célja a prevenció, a hátrányos helyzetű gyermekek fejlődését kockázatos tényezők csökkentése. A fejlesztés a várandósságra, a szülés körüli időszakra, valamint a születést követően a minél korábban megkezdett, szakemberek által támogatott gondozási, nevelési folyamatra fókuszál. Hazánkban a Biztos Kezdet Gyerekházak középpontjában a hátrányos helyzetű családok állnak, akik számára biztosítják a kora gyermekkorai fejlesztést, munkájuk során szorosan együttműködnek a védőnővel és a gyerekjóléti szolgálat szakembereivel, a gyermekorvossal, szociális munkással, óvónővel és gyógy-pedagógussal.⁹¹

XVII/4.3 A koragyermekkorai intervenció rendszer

A koragyermekkorai intervenció 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.⁹²

Ennek alapján többek között ide sorolhatjuk a perinatális/neonatalis intenzív centrumokat, a kórházak csecsemő- és újszülöttsztyályait, a házi gyermekorvosokat, házi orvosokat, védőnőket, a korai rehabilitációt, habilitációt végző intézményeket, a bölcsődéket, pedagó-

89 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §.

90 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az óvodai nevelés országos alapprogramjáról, I. melléklet.

91 Herczog, M. (2008) A kora gyermekkorai fejlődés elősegítése. In: Fazekas, K., Köllő, J., Varga, J. (szerk.) *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest, pp. 33–52.

92 Kereki, J. (2014) *Majd kinövi (?) – A koragyermekkorai intervenció rendszer és a korai fejlesztés*, TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001, Koragyermekkorai (0-7 év) program, V/I. elemi projekt, GYEMSZI.

giai szakszolgáltatásokat, az egységes gyógypedagógiai és konduktív pedagógiai módszertani intézményeket, a gyermekjóléti szolgáltatásokat, stb.⁹³

XVII/5. A SZÜLŐK TÁMOGATÁSÁNAK ESZKÖZEI, SZÜLŐSEGÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOK⁹⁴

XVII/5.1 „Koramentor” program (Betegen világra jött újszülöttek családjait támogató program)

A „Korábban érkeztem” Dél-alföldi Regionális Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány levele:

Egy újszülött érkezése szép és örömteli időszakot jelent a családoknak, azonban mi történik azokkal a családokkal, akiknek ez nem adatik meg? Az érintett családoknak az otthon melege helyett hosszabb-rövidebb időre egy neonatológiai intenzív centrum (NIC) ellátási rendszerében kell „létezniük”. Ezzel egy emocionálisan megterhelő időszak veszi kezdetét, amelyben a szorongás, az aggodalom, a félelem a mindennapok része lesz.

A jelenlegi NIC-ben tapasztalható ellátási keretek nem teszik még lehetővé, hogy ebben a lélektani helyzetben az érintett családok holisztikus szemléletű támogatást kapjanak. A „Koramentor” program (telefonos szolgálat, szülőcsoport, személyes konzultáció) azt a célt tűzte ki, hogy az „újszülött intenzív létezés” megkönnyítse, ezáltal nyugodtabb alapot adva az anyai és apai identitás megszilárdításához. A szülői szerepben való megerősödés tud csak helyet adni a megváltozott helyzetet feldolgozó adaptációs folyamatnak. Amikor nélkülöznie kell egy családnak ezt a speciális támogatást, akkor a pszichoszociális adaptáció időben tolódik, és a fókusz sokáig a negatív emóciókon marad, ami akár destruktív irányba is mozdíthatja ezt a folyamatot. A mentorszülők, valamikor ugyanezt a fájdalmas szülővé válási folyamatot járták végig, és megküzdtek azért, hogy „jó segítők” lehessenek. Egy olyan speciális támaszási képzésben vesznek részt, amelynek eredményeként képessé válnak a holisztikus ellátás hiányzó részét felvállalni, ezáltal támogatva a családokat.

XVII/5.2 Down Alapítvány

Down Alapítvány célja középsúlyos értelmi fogyatékos és halmozottan sérült gyermekek, fiatalok és felnőttek fejlesztése, önálló életvitelük segítése, valamint az érintett családok támogatása. Az alapítvány egy olyan komplex szolgáltatás-rendszert tart fenn, mely magába foglalja a családok korai segítségét (Dada-szolgálat, tanácsadás, szülőtréningek) a sérült gyermek komplex korai ellátását (Down Ambulancia, Korai Fejlesztő), a családok folyamatos tá-

93 Kereki, J., Lannert, J. (2009) *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése*. TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatókutatató Központ Zrt., Budapest, pp. 173–174.

94 Az alfejezet az alábbi anyag felhasználásával készült: Kereki, J. (2014) *Majd kinövi (?) – A koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés*, TÁMOP–6.1.4/12/1-2012–0001, Koragyermekkori (0-7 év) program, V/I. elemi projekt, GYEMSI.

mogatását, a fiatal sérültek önálló életre és munkára előkészítését. Összefoglalva a fogyatékos személyt a születéstől felnőttkorán át egészen az időskorig kíséri.

A *Down Dada Sorstársi Segítő Szolgálat* elsősorban újszülött gyermekek szüleinek nyújt segítséget, de együttműködik a kórház szakembereivel is. A szolgálat és a kórházak együttműködése kiemelten fontos, hiszen a családdal történő korai találkozásai (még a kórházban) nagymértékben befolyásolhatja a gyermek családban maradását.

A *Down Dada* képzett dadákkal, elsősorban házaspárokkal dolgozik, akik egységes módszertani szempontok és protokollok alapján nyújtanak segítséget a családnak. Az önkéntes segítők egy datatréníngben készülnek fel a tudatos tanácsadásra, segítségre az erkölcsi és etikai normák betartásával.

Down Alapítvány Korai Fejlesztő és Gyógypedagógiai Tanácsadó Központ a 0–6 éves korú Down-szindrómás gyermekek komplex pedagógiai fejlesztést látja el egyéni, valamint csoportos foglalkozások keretei között. A szolgáltatás ingyenes, de szakértői bizottság javaslata szükséges.⁹⁵

Kapcsolat

1145 Budapest, Amerikai út 14.

Tel./Fax: +36 (1) 363-6353

Honlap: <http://www.downalapitvany.hu/>

E-mail: down@downalapitvany.hu

XVII/5.3 KézenFogva Alapítvány – FECSKE program

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. Egy fogyatékos gyerek gondozása napi 24 órás feladat, ami állandó felelősség és teher a szülők számára is. Az állandó gondozási feladatok miatt a szülők kiszorulnak az egészségügyi, kulturális, illetve egyéb tevékenységekből, és gyakran a munkahelyen való megfelelés és a munkahely megtartása is gondot okoz számukra.

A FECSKE szolgáltatás célja, hogy olyan családokat is bevonjon a rendszerébe, akik szinte minden szolgáltatástól távol, elzártnak élnek. A FECSKE Szolgálat fogyatékos személyek otthonában nyújt olyan segítséget, mint például a higiénés feladatok ellátása (öltözködés, fürdetés), de a szolgáltatás kiterjed házi segítségnyújtásra, bölcsőde és házi gyermekfelügyeletre és kísérésre (egyéb szolgáltatás helye és a fogyatékos gyermek otthona között). A szolgáltatást igénybe veheti a fogyatékos gyermeket és felnőttet gondozó család, sajátos nevelési igényű (SNI) gyermeket nevelő család, valamint tartósan beteg gyermeket (14 éves korig) gondozó család.

⁹⁵ Kereki, J. (2014) *Majd kinövi (?) – A koragyermekkori intervenciók rendszer és a korai fejlesztés*, TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001, Koragyermekkori (0-7 év) program, V/I. elemi projekt, GYEMSZI.

A szolgáltatás már online is igényelhető, de a jogosultságot minden esetben orvosi szakvéleménnyel és dokumentumokkal kell igazolni. A szolgáltatás óradíja 100–500 Ft, a családi havi jövedelmétől függően.

A FECSKE Szolgálat fenntartó, koordináló és szakmai irányító szerepét a KézenFogva Alapítvány tölti be, a közvetlen szolgáltatásnyújtás és a családokkal való kapcsolattartás partnerszervezeteken keresztül valósul meg.

Jelenleg hazánkban Budapesten kívül 5 megyében működik: Fejér, Komárom-Esztergom, Pest, Hajdú Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.⁹⁶

Kapcsolat

Honlap: <http://fecske.kezenfogva.hu>

E-mail: nagy.melinda@kezenfogva.hu

XVII/5.4 Szemem fénye Alapítvány – Dóri Ház

Magyarország első gyermek hospice háza. Szolgáltatásai nagyon sokrétűek. A betegszállítást kezdetben Pécs vonzáskörzetében valósították meg, de később az egész régióra, országra kiterjedt. Betegszállítást térítésmentesen (érvényes TAJ-szám esetén) csak orvos rendelhet, betegszállítási utalvány kitöltésével. A szolgáltatás az 1820-as központi telefonszámon igényelhető, amit az OMSZ továbbít a szállítási feladatokat ellátó betegszállítók felé.

2010. május 19-én megnyílt hazánk első gyermek hospice háza, a Dóri Házi Pécssett, menedékkül és támogatásul a halálos betegségben szenvedő gyermekek és családjuk számára. A palliatív kezelés középpontjában a tüneti kezelés, a fájdalomcsillapítás, és az érzelmi, lelki nehézségek kezelése áll. Modern korunk megköveteli a gyors elérési lehetőségeket is, így a lelki támogatást igénylők számára a dóriskype-on keresztül képzett szakemberek nyújtanak segítséget. Kérhető ápolási tanács is. Előnye, hogy a Skype rendszerén keresztül a szolgáltatás ingyenes.

Több szolgáltatás is várja a családokat, mint például az Elefánt klub, melynek célja, hogy a beteg gyermekek testvérei találkozhassanak egymással, akik így bizalmas környezetben, érdekes foglalkozások során lehetnek barátokra.⁹⁷

Kapcsolat

7634 Pécs, Gém u. 7. • 7634 Pécs, Rácvárosi út 37.

Tel./Fax: +36 (72) 526-658 • E-mail: szememfenye@szememfenye.hu

Gyermekbeteg-szállítás, mentőállomás-vezető • Tel.: +36 (72) 415-420

Dóri Ház

7634 Pécs, Rácvárosi út 37.

Tel.: +36 (72) 251-088 • E-mail: dorihaz@szememfenye.hu

⁹⁶ <http://fecske.kezenfogva.hu/>

⁹⁷ <http://www.szememfenye.hu>

XVII/5.5. KORAHÁZ Támogató Központ

A Korán érkeztem Közhasznú Egyesület a Koraszülött Gyermekekért és Családjukért 2012-ben szakmai programjaként létrehozott egy olyan központot, ahol segítséget, támogatást, információt kaphatnak az érintett családok. A KORAHÁZ szolgáltatásai között szerepel a Korababa-ápolás, -gondozás és fejlődés-fejlesztés témában való tanácsadás, valamint segítik a szülőt/családot a gyermekkel kapcsolatos (gyógy)pedagógiai, gyógytornával kapcsolatos, továbbá pszichológiai kérdésekben és a szociális ügyintézésben. A KORAHÁZ-ban találkozhatunk a Dévény-, Katona- és Pető-féle konduktív, rehabilitációs és gyógytorna módszereivel, valamint a Delecató, Ayres, Alapozó, korai fejlesztés és logopédia területeinek, a tanulási nehézségek támogatásának módjaival. A programokat a játékos – fejlesztő – csoportos foglalkozások színesítik.⁹⁸

Kapcsolat

Zalaegerszeg, Apáczai Csere János tér 5. – Apáczai ÁMK

Tel.: +36 (30) 7218-731

Honlap: <http://koranerkeztem.hu/>

XVII/6. MOZGÁSTERÁPIÁK, FEJLESZTŐ FOGLALKOZÁSOK⁹⁹

XVII/6.1 Dévény Speciális manuális technika- Gimnasztika Módszer (DSGM)

A terápiás eljárást Dévény Anna gyógytornász, művészi torna-szakedző fejlesztette ki, a szülés alatt oxigénhiányt szenvedett, intrauterin tartási rendellenességgel született és egyéb mozgásszervi betegségben szenvedett újszülöttek számára.¹⁰⁰ A Dévény – módszer egy olyan speciális fogásrendszer, mely az izomzatra és az idegrendszeri szabályozásra hat, az az izom és kötőszövet működőképességének helyreállításával (kontraktúraoldás), a kóros izomhelyzetek normalizálása az izmok direkt ingerlésével (stimuláció). Edelman Nobel-díjas agykutató szerint az eredményesség érdekében a szülést követő első 5 hónapon belül meg kell kezdeni a terápiát.¹⁰¹

XVII/6.2 Katona-módszer

A módszer kidolgozója Katona Ferenc fejlődésneurológus professzor, aki jelenleg is a budapesti Szt. Margit Kórház Fejlesztésneurológiai Osztálynak szakmai koordinálását végzi. A szenzomotoros neuroterápia kifejezetten az oxigénhiányos újszülöttek kezelésére alkalmas,

⁹⁸ <http://koranerkeztem.hu/>

⁹⁹ Az alfejezet az alábbi anyag felhasználásával készült: Kereki, J. (2014) *Majd kinövi (?) – A koragyermekkori intervenciók rendszer és a korai fejlesztés*, TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001, Koragyermekkori (0-7 év) program, V/I. elemi projekt, GYEMESZI.

¹⁰⁰ www.deveny.hu

¹⁰¹ <http://www.mackorendelo.hu/Terapiak-gyerekeknek/deveny-modszer.html>

melynek célja, hogy a már meglévő elemi mozgásmintákat (mászás, ülésbe emelkedés, ülésbe húzózkodás) napi rendszerességgel kiváltják a csecsemőkben. Vagyis az elemi mozgásmintán gyakoroltatásán alapszik.

A módszer azon alapul, hogy a mozgás kiváltását az agy stimulációjával érhetjük el, vagyis úgy, hogy a csecsemőt különböző gravitációs helyzetekbe hozva az agy azon része aktivizálódik, ahol az elemi mozgásminták is tárolva vannak, így a napi rendszerességgel végzett mozgásminták által kóros izomtónus, mozgás normalizálódik.¹⁰²

XVII/6.3 Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (HRG)

A Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika egy olyan egyéni és/vagy csoportos rehabilitációs módszer, mely langyos vízben végezhető. A módszer lényege, hogy a víz stimuláló hatása során a meglévő mozgásfunkciókat segíti, valamint pótolja a hiányos kinesztikus ingereket. A víz pozitív hatása (izomlazítás, mozgásra ösztönzés, helyes tartáskialakítása) már 1 óra után is érzékelhető. Az eredményesség érdekében az eljárást heti 1 alkalommal szükséges kiegészíteni szárazföldi szenzomotoros terápiával.¹⁰³

XVII/6.4 TSMT (Tervezett Szenzomotoros Tréning) szárazföldi tréning

A terápia kifejezetten azoknál a gyermekeknél használható, akik gyakran kapnak légúti fertőzést, arcüreg-, középfülgyulladás vagy egyéb bőrtünetek (ekcéma, allergiás kiütések) nem tornáztathatók vízben.

A szenzomotoros működés az érzékszervekkel felfogható ingerekre adott mozgásos válasz, és jelzi a gyermek beszéd kialakulását megelőző és értelmi fejlődési fokát. Azoknál a gyermekeknél szükséges alkalmazni, akiknél az Állapot- és Mozdulásvizsgáló teszt legalább 3 területen 50 % alatti teljesítmény mutat, illetve egyéb fejlődési skálán mérve a gyermek fejlődésében legalább 2 területen 3 hónap, illetve annál több elmaradás mutatkozik.

A tornagyakorlatok során elsődleges szerepet kap a vestibuláris rendszer ingerlése és különböző szenzoros ingerekkel segítik az adott információk feldolgozását, integrálását, az erre létrejövő adaptív válaszok kialakulását, és az ehhez szükséges mechanizmusok aktiválódását. A HRG és a TSMT-módszer együttes használatával az organikus éretlenség hamarabb elmulasztható.¹⁰⁴

XVII/6.5 Bobath-módszer

A módszer alapelve az, hogy a normális mozgásformák és folyamatok alapvető feltétele a helyes tartási és egyensúlymegőrzés. Így a módszer fejleszti a normális tartási és mozgásfolyamatokat illetve egyidejűleg szabályozza az abnormális izomtónust. Vagyis a helytelen reflextevékenységet gátlása és az izomtónus normalizálása cél, így a normális izomtónus alapján helyes tartási és mozgásformák alakulnak ki. Mivel az agykárosodás tünetei közé tartó-

102 <http://www.koraszulott.com/fejlesztési-modszerek/389-katona-modszer.html>

103 http://www.bhrg.hu/hrg_terapia.html

104 http://www.bhrg.hu/tsmtI_terapia.html

zik a kóros reflexek jelenléte, amely megakadályozza a gyereket a mozgástanulásban, ezért a kezelés alapját az képezi, hogy befolyásolja az abnormális izomtónust, a hipotóniát és stabilizálni próbálja a spasztikus izomtónust.¹⁰⁵

XVII/6.6 Pető-módszer

A módszer megteremtője Dr. Pető András (1893-1967) orvos-pedagógus. A konduktív nevelés célcsoportja elsősorban az a központi idegrendszeri sérült újszülöttek, akik szülés előtt vagy a szülés során vagy a későbbi időszakban (felnőttkorban is) ért károsodás. A módszer lényege és célja, hogy megfelelő célok közvetítésével, komplex tevékenységek rendszerre útján rávezesse a gyermeket az idegrendszer koordinációjára. Vagyis a konduktív nevelés a koordinált működést kívánja megtanítani. A gyermekeknek a mozgások összerendezését, automatizálást tanítják. A konduktív nevelés során a koraszülött, megkésített mozgásfejlődésű gyerekek fejlesztése, központi idegrendszer sérültek tanítása, integrációjuk segítése, napi-rend kialakítása, életvitel programok tervezése, halmozottan sérültek fejlesztése, figyelem és koordináció fejlesztése valósulhat meg.

A konduktív pedagógia során a beszéd és értelmi fejlődésen túl az izmok lazulnak, erősödnek így fejlődik a mozgás és aktív mozgás alakul ki. Bármilyen életkorban elkezdhető a konduktív nevelés, de a leghatékonyabb már a születést követő időszakban történő fejlesztés. Bármely életkor a csoportos nevelést alkalmazzák.

A nevelésre kiképzett szakemberek a konduktorok, akik 4 éves főiskolai képzés során elméleti ismereteikkel és gyakorlati tudásukkal képessé válnak mozgássérültek komplex konduktív nevelésére.¹⁰⁶

Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvoda nevelési programjának a célja, hogy az óvodai integrált nevelés során, hogy a 7 éves kor körüli mozgássérült gyermekek képességeikhez és mozgásállapotuknak megfelelő iskolatípusba kerüljenek, valamint hogy nevelés során teljesüljenek a gyermekek alapvetői testi és lelki szükségletei, mint a egészséges életmód kialakítása, szocializáció és érzelmi nevelés, valamint beszéd-, értelmi és készségfejlesztés. Az együttnevelés lehetőségei a játéktevékenység, helyes szokások kialakítása és önellátás fejlesztés, valamint beszéd-, értelmi- és mozgásfejlesztés.¹⁰⁷

105 Boda, M, Sulyok, E (2006) *Gyermekgyógyászat*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2006., pp. 287.

106 www.konduktorok.hu

107 Antoni, G. et al (2010) *Helyi Óvodai Nevelési Program*. Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma. Előkészítő Iskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete

http://www.peto.hu/ovoda/images/sampled/ovi_pedagogiai_program.pdf

XVIII. ÖRÖKBEOFODÁS¹⁰⁸

XVIII/1. SZITUÁCIÓS GYAKORLAT

FELADAT

A csoport két önkéntes tagja a leírt szituációt szerepjáték formájában bemutatja a csoportnak. Az egyik szereplő a 27 éves Sára, míg a másik szereplő a kórházi védőnő. A szituáció a szülést követő 2. napon zajlik. A szerepjáték kimenetele nincs meghatározva, minden a résztvevő kreativitásán és fantáziáján múlik.

Eset:

Sára 27 éves, aki látszólag egy kiegyensúlyozott fiatal érett személyiségnek tűnik. Őszintén bevallotta, hogy a munkája miatt, hosszabb ideje már nincs párkapcsolata, így gyermeke is egy alkalmi kapcsolatból született, és az apa személyében sem biztos. A várandóssága alatt családja és legjobb barátnője támogatta, aki jelenleg is sokat bejár az újszülötthöz és Sárahoz. A lány jelzi a kórházi védőnőnek, hogy nem szeretné hazavinni gyermekét, örökbe szeretné adni. Korábban egyszer-kétszer megfordult a fejében, de most eldöntötte, mert nem szeretné egyedülálló anya lenni.

Észlelés

.....

.....

XVIII/2. AZ ÖRÖKBEOFODÁS CÉLJA

Az örökbefogadással olyan gyermekek családban történő nevelése biztosított, akiknek szülei már nem élnek, vagy egyéb okok miatt a gyermek biztonságos, egészséges fejlődését biztosító nevelésre a szülő nem képes.

XVIII/3. AZ ÖRÖKBEOFODÁS FELTÉTELEI

Örökbe fogadható az a gyermek, aki kiskorú, és jogilag örökbe fogadható. A gyermek jogi örökbefogadhatósága a vér szerinti szülő magatartásán és életkörülményein alapul. Ha ennek nem tud a szülő megfelelően eleget tenni, akkor az örökbefogadás válik indokolttá a gyermek érdekében.

108 A fejezet az alábbi kiadvány alapján készült: Bán Istvánné et. al. (2012) *Módszertani kiadványok II. Örök befogadás, örökbefogadás*. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest..

A gyermek örökbe adható, ha:

- a *szülő halála esetén* nincs olyan hozzátartozó, aki gondoskodna a gyermek további neveltetéséről;
- a gyermek *talált gyermek*, és a szülők ismeretlenek; ha az anya újszülöttkorban inkubátorba helyezi el gyermekét, és az elhelyezést követő hatodik hétig nem jelentkezik gyermekéért;
- a *vér szerinti szülők* úgy döntenek, hogy *hozzájárulnak gyermekük örökbefogadásához* (ha a gyermeknek tartós betegsége van, vagy betöltötte a 6. életévét, akkor a gyámhivatal jóváhagyása szükséges az örökbeadásról);
- a gyermek gyermekvédelmi gondozásban nevelkedik, és a vér szerinti szülő nem tesz eleget kapcsolattartási kötelezettségének (*a gyámhivatal nyilvántítja örökbe fogadhatónak a gyermeket*, ha a szülő fél évig egyáltalán nem, vagy 1 éven keresztül rendszeretlenül tart kapcsolatot gyermekével, valamint ha a szülő *elköltözött, távozási helye ismeretlen és gyermekével nem áll kapcsolatban*);

A bíróság megszünteti a szülői felügyeleti jogot, ha:

- a gyermek testi, lelki jólétét és erkölcsi fejlődését súlyosan sérti vagy veszélyezteti;
- a szülő nem működik együtt a gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedő gyermekével, gondozókkal, és életkörülményein sem változtat;
- a szülő gyermeke ellen szándékos bűncselekményt követett el.

Örökbe fogadhat az a személy, aki:

- teljesen cselekvőképes nagykorú;
- a gyermeknél legalább 16 és legfeljebb 45 évvel idősebb (házaspárok tekintetében a fiatalabb házaspártelet kell figyelembe venni);
- a gyámhivatal meghatározza alkalmasságát;
- részt vett az örökbefogadás előtti tanácsadáson és felkészítő tanfolyamon, és személyisége, körülményei alapján is alkalmas;
- nem áll szülő felügyeletet megszüntető vagy közügyek gyakorlásától eltiltó bírói ítélet hatálya alatt;
- örökbefogadó lehet házaspár vagy egyedülálló személy, de élettársi kapcsolatban élők nem fogadhatnak örökbe.

A gyermek neme

Rendelkezés és törvény nem írja elő a gyermek nemével kapcsolatos nyilatkozattételt, de javasolt a témát a pszichológiai tanácsadáson megbeszélni. Az örökbefogadók kéréseit, mint a gyermek neme, származása, vallási hovatartozása, külleme stb. rögzítik.

A gyermek kora

Az örökbefogadó legalább 16 évvel és legfeljebb 45 évvel lehet idősebb. Testvérek esetében az idősebb gyermek életkorát kell figyelembe venni. Nem kell vizsgálni a korkülönbséget a rokoni, illetve a házastársi örökbefogadás esetén, illetve ebben az esetben a felkészítő tanfolyamot sem kell elvégezni.

A gyermekek száma

Egyidejűleg egy gyermeket vagy testvéreket fogadhatnak örökbe. Örökbefogadást követően később is lehetőség van újabb örökbefogadási eljárás elindítására.

A gyermek egészségi állapota

A 149/1997. (IX.10.) kormányrendelet a gyámhivatal a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról alapján az örökbefogadó jelentkezőnek nyilatkoznia kell arról, hogy egészségkárosodott gyermeket is elfogad-e.

XVIII/4. AZ ÖRÖKBEOFODÁS FORMÁI

XVIII/4.1 Nyílt örökbefogadás

- Az örökbefogadók és a vér szerinti szülők ismerik egymás adatait, így a vér szerinti szülő tudja, hogy gyermeke az örökbefogadást követően hova került.
- Hozzájárulási nyilatkozat szükséges a lakóhely szerint illetékes gyámhivatalnál.
- Titkolt terhesség esetén az örökbeadó a szülészeti intézmény helye szerinti gyámhivatalnál is megteheti hozzájárulási nyilatkozatát.
- A vér szerinti szülő a gyermek megszületése után teheti meg a nyilatkozatot.
- A vér szerinti szülő a nyilatkozatát a gyermek 6 hetes koráig visszavonhatja, ha a gyermek nevelése az anyánál, az apánál vagy a gyermek közeli hozzátartozójánál lesz biztosítva.
- Az örökbefogadott gyermek az örökbefogadó szülők után örököl.
- Az örökbefogadásban segítséget nyújtanak a gyermekvédelmi szakszolgálatok és egyéb civil szervezetek, de közreműködésük nem szükséges.
- Kettős öröklésre kizárólag a rokoni örökbefogadások egy részénél lesz lehetőség: csak akkor lesz kettős öröklés, ha a gyermeket egyenes ági felmenő rokona, testvére, vagy egyenes ági felmenő rokonának más leszármazója fogadta örökbe.

XVIII/4.2 Titkos örökbefogadás

- Titkos örökbefogadás esetén az örökbefogadók a vér szerinti szülőt még az örökbefogadásról sem értesítik, és ő az örökbefogadásról hozott határozatot sem fellebbezéssel, sem egyéb módon nem támadhatja meg.
- A vér szerinti szülő nem ismerheti meg az örökbefogadó személyes adatait.
- A hozzájárulási nyilatkozat bármelyik gyámhivatalnál vagy jegyzői gyámhatóságnál megtehető, kivéve titkolt terhesség esetén (lásd a nyílt örökbefogadásnál).
- A vér szerinti szülő a gyermek születése előtt is hozzájárulhat az örökbeadáshoz.
- A hozzájáruló nyilatkozat a gyermek 6 hetes koráig visszavonható.
- A gyermek csak az örökbefogadó szülei után örökölhet.
- Az örökbefogadásban kizárólag a területi gyermekvédelmi szakszolgálat nyújthat segítséget.

XVIII/5. AZ ÖRÖKBEFOGADÁSI ELJÁRÁS

Az örökbe fogadni szándékozók a lakóhely szerint illetékes gyermekvédelmi szakszolgálatnál (továbbiakban: szakszolgálat) indíthatják el az eljárást. Házastársak esetében, ha lakóhelyük különböző szakszolgálatok illetékességi területén van, el kell dönteniük, melyiket választják. A jelentkező írásos tájékoztatást kap az örökbefogadás feltételeiről, és arról, hogy alkalmasságának megállapítása érdekében pszichológiai vizsgálaton, valamint tanácsadáson és felkészítő tanfolyamon kell részt vennie.

A pszichológiai vizsgálat célja, hogy feltárja, a család milyen mértékben képes biztosítani az örökbefogadandó gyermek harmonikus fejlődését, gondos nevelését. A vizsgálatot kiegészíti háziorvosi vagy szakorvosi vélemény, melynek igazolnia kell, hogy az örökbefogadók nem szenvednek olyan betegségben, mellyel veszélyeztetnék a gyermek megfelelő ellátását, fejlődését.

A pszichikai alkalmasság vizsgálata során a szakszolgálat feltárja:

- az örökbefogadási szándék motivációját;
- a család élethelyzetét (család szerkezete, lakó- és munkakörnyezet);
- az örökbe fogadni szándékozó személyek életkorát és személyiségét;
- a házaspár kapcsolatának minőségét;
- a házaspár gyermekneveléssel kapcsolatos elképzelését.

A tanfolyamot megelőzően egy pszichológus által vezetett tanácsadáson vesz részt az örökbe fogadni szándékozó, melynek során megismerheti az örökbefogadással járó esetleges nehézségeket (pl. környezet reagálása az örökbefogadott gyermek érkezésekor). A beszélgetés során a szakember képet kap a személy motivációjáról, a gyermekneveléssel kapcsolatos elképzeléseiről. A tanácsadás célja, hogy a pszichológus véleményt tudjon adni a jelentkező alkalmasságáról. Az örökbefogadói tanfolyam megismerteti a résztvevőkkel az örökbefogadás jogi hátterét, az örökbe fogadható gyermekek speciális helyzetét, az örökbefogadással együtt járó konfliktusokat és azok kezelésének módjait. A tanfolyam hangsúlyt fektet a családi kapcsolatokra, a kötődésre, továbbá a gyermek életében megélt veszteségre. Az örökbefogadói tanfolyam időtartama 21 óra. A tanfolyam befejezéseként a szakszolgálat elkészíti a véleményt az örökbe fogadni szándékozók lakóhelye szerinti járási gyámhivatalnak. A szakszolgálat konkrét véleményt fogalmaz meg, hogy az örökbe fogadni szándékozó milyen életkorú és egészségi állapotú gyermek, továbbá egy gyermek, vagy testvérek örökbefogadására alkalmas-e a kérelmező.

A gyámhivatal az örökbefogadók meghallgatása után a vélemények, környezettanulmány, jövedelemigazolás és szükség szerint egyéb bizonyítékok alapján határozattal dönt az örökbe fogadni szándékozó(k) alkalmasságáról, mely jogerőre emelkedésétől számított 2 évig érvényes, kivéve, ha az érvényességi időn belül örökbefogadási eljárás jogerős befejezésére került sor. Ez utóbbi esetben – kivéve, ha az örökbe fogadni szándékozó személy testvérek örökbefogadására való alkalmasságát megállapították, és az érvényességi idő lejártát megelőzően a testvér is örökbe fogadhatóvá válik – a határozat érvényességi ideje az örökbefogadás tárgyában hozott határozat jogerőre emelkedésének napjával szűnik meg. Az alkalmassági határozat jogerőre emelkedésekor a szakszolgálat – a kérelem benyújtásának idő-

pontjával – nyilvántartásába veszi az örökbe fogadni szándékozó(ka)t. Ezt követően a szakszolgálat félévente felkeresi az örökbe fogadni szándékozókat, és tájékoztatja őket kérelmük teljesülésének esélyeiről. A várakozási idő 2–4 év is lehet, mely attól függ, hogy milyen életkorú, egészségi állapotú gyermeket vagy testvéreket kívánnak örökbe fogadni. Amennyiben 2 éven belül nem kerül sor örökbefogadásra, a határozat érvényességi ideje legfeljebb 1 évvel meghosszabbítható, ha az életkörülményekben (a családi állapotban, a család szerkezetében, vagy az örökbe fogadni kívánt gyerekekről vonatkozó elképzeléseikben) nem következett be változás.

XVIII/6. A NYÍLT ÖRÖKBEOFOGADÁS SPECIÁLIS SZABÁLYAI – CIVIL SZERVEZETEK

A nyílt örökbefogadás előkészítésében működési engedéllyel rendelkező közhasznú szervezetek segítő tevékenységet folytatnak. A szolgáltatás tevékenységi körébe tartozik:

- tanácsadás keretében a szociális válsághelyzetben lévő várandós gondozása;
- családok átmeneti otthonában biztosított ellátáshoz való hozzáférés szervezése;
- örökbe fogadni szándékozó házaspárok, egyedülállók felkészítése az örökbefogadásra;
- adatok nyilvántartása;
- az örökbe fogadható gyermekek és az örökbe fogadni szándékozók nyilvántartása;
- a vér szerinti szülő és az örökbe fogadni szándékozók kapcsolatfelvételének előkészítése.

A tevékenységi körbe nem tartozik bele az örökbefogadás engedélyezésének eljárása, továbbá kizárólag Magyarországon örökbe adni és fogadni szándékozók közötti kapcsolat kialakítására szolgál.

Nyílt örökbeadással foglalkozó civil szervezetek

XVIII/7. A TITKOS ÖRÖKBEOFOGADÁS SPECIÁLIS ESETE

- Azokban az esetekben, amikor a vér szerinti szülő titkos örökbeadást kér, valamint ha az újszülöttet inkubátorba helyezi, akkor a gyermeke azonnal elhelyezhető.
- A gyámhivatalban tett – a titkos örökbefogadáshoz – hozzájáruló nyilatkozat a gyermek 6 hetes koráig visszavonható.
- Abban az esetben, ha az anya a kórházban kihelyezett inkubátorba helyezi el gyermekét, jogilag úgy kell tekinteni, mintha a gyámhivatalnál tett volna titkos örökbefogadásról nyilatkozatot.

Az inkubátorban elhelyezett újszülött egy speciális esetet jelent, mert a gyámhivatallal engedélyezett hozzájárulás után azonnal lehetőség van a gyermek örökbeadására, ha az örökbefogadó család vállalja azt, hogy a gyermek, a betöltött 6 hetes kora előtt bármikor visszakerülhet a vér szerinti szüleihez.

A szakszolgálatnál a leendő örökbefogadónak az *első jelentkezéskor* tett nyilatkozatában szerepelnie kell, hogy adott esetben vállalja-e a 6 hetesnél fiatalabb újszülött örökbefogadását. Ebben az esetben az örökbefogadó család kiválasztásához nem szükséges családba elhelyezési értekezlet, hanem a soron következő, érvényes alkalmassággal rendelkező házaspár kapja meg az ajánlatot.

A titkosan örökbe adható újszülöttről a Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat az alábbi módokon kaphat információt:

- kórházból telefonon jelzi a kórházi védőnő vagy a szociális munkás, hogy az anya titkosan kíván lemondani gyermekéről;
- a gyámhivatal értesíti;
- a médiából, hiszen az inkubátorban elhelyezett újszülött nagy sajtónyilvánosságot kap.

A kórházi védőnő feladatai titkos örökbefogadás esetén:

- felveszi a kapcsolatot a kórházi szociális munkással;
- információt ad a születés körülményeiről;
- ha a gyermeknél egészségügyi probléma merül fel, segít az orvossal való kapcsolat-tartásban;
- az örökbefogadó szülőket ellátja csecsemőgondozási, ápolási tanácsokkal.

XVIII/8. A KÓRHÁZI VÉDŐNŐ JELZŐRENDSZERI KÖTELEZETTSÉGE

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülöttellátásban előírja, hogy a kórházi védőnőnek közre kell működnie a gyermekvédelemben, szükség esetén az újszülött ideiglenes hatályú elhelyezésében, az örökbeadás/örökbefogadás előkészítésében.

Amennyiben az anya kijelenti a kórházi szakszemélyzet előtt, hogy nyílt eljárással kívánja gyermekét örökbe adni, és felvette a kapcsolatot valamelyik működési engedéllyel rendelkező civil szervezettel, továbbá erről a védőnő, vagy annak valamelyik munkatársa megbizonyosodott, akkor nincs jelzési kötelezettsége a gyermekvédelem felé. Amennyiben az anyát nem segíti civil szervezet, vagy ha az anya a gyermekét a kórházban hagyta, akkor a védőnőnek jelzéssel kell élnie a kórházi szociális munkás felé. Ha a kórház nem foglalkoztat szociális munkást, a védőnőnek a gyermek sorsának megnyugtató rendezésére a gyámhivatal felé kell jeleznie.

Szakmai és etikai vétséget követ el az a személy, aki nem a törvények adta lehetőségek mentén, hanem bizonyos szabályok megkerülésével próbál a gyermeknek szülőket találni, még abban az esetben is, ha az adott szülőpár érvényes határozattal rendelkezik, amely örökbefogadásra való alkalmasságukat igazolja.

XIX. A BURNOUT TÜNETEGYÜTTES TERÁPIÁJA, REKREÁCIÓS LEHETŐSÉGEK¹⁰⁹

XIX/1. PREVENCIÓ

XIX/1.1 Általános motiváció

- A munkával, hivatással kapcsolatban a saját személy fontosságának és jelentőségének érzése a munkahelyen.
- Autonómia, szakmai fejlődés lehetőségeinek felismerése.
- Támogató rendszerek a munkahelyen: stábmegbeszélések, esetmegbeszélések, szakmai továbbképzések, szupervízió, kollegiális konzultáció stb.
- Anyagi-erkölcsi megbecsültség.
- Túlterheltség szabályozása.

Az Ön számára milyen általános motiváció fontos még?

.....

.....

XIX/1.2 Személyes motiváció

- Segítő foglalkozás választásának átgondolása, tudatosítása (egyedül vagy segítséggel).
- A motivációk tudatossága döntő, a segítesen keresztül az öngyógyítási vágy, így pozitív energiák, empátia forrása is lehet. A spontán emocionális segítőkészség, altruizmus alapvető emberi tulajdonság.

*Mennyire van tudatában segítő foglalkozása (védőnő) választásának motivációs hátterével?
Érzékel-e öngyógyítási vágyat időnként? Tapasztalja-e ennek pozitív energiákká való átalakulását mások segítségének irányába? Mióta?*

.....

.....

¹⁰⁹ Ónody, S. (2001) Kiegészítő tünetek (burnout-szindróma) kezelési és megelőzési lehetőségei. *Új pedagógiai szemle*, 5, pp. 80–85.

XIX/2. INTERVENCIÓ

Beavatkozási stratégiák és technikák a segítő részére

- A stresszteli szituációkat kevésbé személyes módon, inkább intellektuális, racionális vonalon kell megközelíteni.
- Igyekezni kell a stresszteli interakciókban az involválódást csökkenteni.
- Szorosabbra szükséges fűzni a személyzetten belüli támogató, feszültséget csökkentő, felelősségmegosztásra lehetőséget adó kapcsolatokat.
- Coping, megküzdési stratégiák alkalmazása.

XIX/2.1 Krízisintervenció

A végstádium felrobbantja a szakmai szerep korrekcióit, és terápiás intervenciót igényel, mert nem a segítő szerep cluster-zavaraira vonatkozik, hanem az egész személyiséget érinti.

A burnout-szindróma öndiagnózis. A segítő szakmában időnként meg kell állni, és megfogalmazni:

- Milyen motiváció tart a pályán, és mit jelent a segítség számomra?
- Hogyan látnak engem a kliensek, és hogyan a kollégák?
- A kiegésző szakaszaiban hol tartok?¹¹⁰

XIX/3. A BURNOUT KIALAKULÁSÁNAK ÖT FÁZISA

FELADAT

Olvassa el figyelmesen a burnout kialakulásának 5 fázisát, és jelölje meg, mely fázisba sorolná magát most?

Volt-e az életében olyan szakasz, amikor a burnout felé vezető úton mélyebben járt, mint a jelen pillanatban?

- *Mi volt ennek az oka?*
- *Mi segítette az Ön regenerációját?*

1. *Az idealizmus szakasza:* Nagy lelkesedés a szakmáért, a gondozottért való intenzív fáradozás szakasza, amikor a személyiségüket tartják a legfontosabb „munkaeszköznek”. A szakmai kudarcot a személyiség felelősségeként, saját kudarcként élik meg. Irreális elvárások és teljesítmény-hozzáállás jellemzi ezt a szakaszt. A túlazonosulás miatt összekeverednek a segítő saját szükségletei a gondozottéval, így nem húzódik éles határ a két fél privát élete között.

¹¹⁰ Ónody, S. (2001) Kiegészítő tünetek (burnout-szindróma) kezelési és megelőzési lehetőségei. *Új pedagógiai szemle*, 5, pp. 80–85.

Megjegyzés:

.....

.....

2. *A realizmus fázisa:* Szakmája iránt elkötelezett, kooperatív együttműködés a kollégákkal, érdeklődik a kliens fejlődése iránt. Kreatív tervek, kezdeményezések iránti nyitottság.

Megjegyzés:

.....

.....

3. *A stagnálás vagy a kiábrándulás fázisa:* Csökken a teljesítőképesség, az érdeklődés, a nyitottság. A gondozottakkal való kapcsolat a legszükségesebbekre korlátozódik. A kollégákkal való beszélgetések gyakran terhesnek tűnnek, és védekező viselkedés lesz a jellemző.

Megjegyzés:

.....

.....

4. *A frusztráció fázisa:* Szakmájukban visszahúzódnak, a gondozottakat becsmérlik, egyre több negatív változást észlelnek rajtuk (pl. diákokból diákság, diákanyag lesz). A kapcsolatban a megengedő és a tekintélyelvű stílus ingadozik. A szakmai, közéleti tevékenységre a passzivitás jellemző. Kétségbe vonódik a saját tudás, és a hivatás értelme és értéke. Gyakran idegesítőnek érzik a gondozottakat.

Megjegyzés:

.....

.....

5. *Az apátia fázisa:* A minimumra korlátozódik a klienssel való kapcsolat. A szakmai munka sematikusan történik. A hangulat ellenségessé válik. Az illető tudja, hogy nehéz helyzetben van, de a segítséget kerüli, és elveti a helyzet megváltoztatásának lehetőségét.¹¹¹

Megjegyzés:

.....

.....

FELADAT

Töltse ki az alábbi önértékelő lapot!

Kórházi védőnői feladatcsoportok	Erősségeim	Fejlesztendő	Fejlesztési terv
A védőnői teendők megtervezése (adminisztráció – terepmunka)			
A védőnői teendők napi szintű megszervezése (adminisztráció – terepmunka)			
A szakmai ismeretek folyamatos fejlesztése, önképzés			
Kommunikáció és együttműködés az intézményen belüli szakterületekkel			
Kommunikáció és együttműködés a területi szakellátó rendszerrel			
Kommunikáció és együttműködés a gyermekvédelmi rendszerrel			

Akcióterv – Erősségeim és fejlesztendő területeim

XX. HÁTTÉRTANULMÁNYOK

XX/1. A SZÜLÉS HORMONÁLIS ÉS ÉRZELMI VÁLTOZÁSAI

XX/1.1 A szülés minősége

A fejezetben bemutatjuk a *szülés minőségének* fogalmát, ami egy új fogalomnak számít a perinatális egészségfejlesztés területén. Az „életminőség” (betegségből, balesetből felépülve mennyire élvezhető az élet) vagy a „halálminőség” (az élet utolsó időszakának méltó módon való megélése) kifejezésekhez hasonlóan jelent meg a *szülés minőségének* fogalma is. *Fontos felismernünk, hogy pozitív szülésminőségről csak abban az esetben beszélhetünk, ha anya és újszülöttje testi épségükön és egészségükön túl harmonikus, kiegyensúlyozott mentális állapotban hagyják el a szülészeti osztályt. Az anya pozitív szülésélménye által megerősítve bízik önmagában, anyai készségeiben, hogy ahogyan világra hozta gyermekét, úgy tudja majd táplálni, övni, úgy tud majd gondoskodni róla. Az újszülött első tapasztalata pedig, hogy ugyan megterhelő és viszontagságos út vezetett az anyaméhből a külvilágba, az anyával való kapcsolat töretlenül folytatódott, a világ biztonságos és kiszámítható. Jó esetben az apa is jelentős résztvevője és támogatója a gyermek születésének, függetlenül attól, hogy ténylegesen jelen volt-e a szülőszobán vagy sem. A résztvevők pozitív tapasztalata segíti a család megszületését. A szülésre és szülésre való felkészülés és az apa bevonódása a felkészülés folyamatába a primer prevenció jelentős mozzanatai, melyek igénylik az alapellátás és szakellátás dolgozóinak aktív, együttes támogatását.*

A várandósság, szülés és gyermekágy váratlan helyzetekkel teli időszakában régebben a generációról generációra áthagyományozódó tudás és az eseményt körülvevő rítusok, szabályok jelentettek támpontot a tennivalókról és a szülői szerepben elvárt működésről. A tradicionális tudás valaha biztonságot és nyugalmat kínált a jövőbe szülőik számára. Miután a szülés az otthonokból a kórházba került, a szülésre, *szülésre való felkészülés/felkészítés* feladatát hivatalos „tanfolyamok”, egészségügyi személyzet által vezetett tanácsadási formák vették át.

A legtöbb ilyen formálisan szervezett foglalkozás *a szülésre és a szülési fájdalom kontrollálására, valamint a kórházi környezettel való együttműködésre készít fel* a szülés folyamattal és körülményeivel kapcsolatos információk átadásával, kismamatornával és relaxációval kiegészítve.

A mai párok többségében felmerül az igény a tájékozódásra gyermekük születésével kapcsolatban. A legfőbb nehézséget legtöbbször az okozza, ha a szüléssel való foglalkozás során nem az igazi feladatot szólítják meg a felkészítést végző szakemberek. *A szülés ugyanis nem pusztán egy, a hétköznapiakból kiemelkedő fizikai teljesítmény, hanem ahogy a találó magyar szó magában hordozza, a szülés megszületése is. Az anyává és apává válás nem korlátozódik természetesen kizárólag a szülőszoba történéseire, ám amint a fejezetből látni fogjuk,*

nagyban befolyásolja az anyai (apai) érzések és viselkedés, valamint az újszülöttel kialakított kapcsolat minőségét.

A szülés testi és lelki tekintetben egyaránt minden nő életének szélsőséges élményei közé tartozik. Minden szülésélmény természetesen egyedi, mégis közös vonásként említhető, hogy a várandósságot jellemző érzések, hangulatok a szülés során drámain „felhangosítodnak”. Amennyiben az anya pozitív beállítódással indul, úgy szülése várhatóan élete legnagyobb élménye lesz. A szorongásokkal, kételyekkel, nehéz érzésekkel küzdő nők szülése ugyanakkor igen kellemetlen, traumatikus élményként marad fenn.

A szülést azonban az anya beállítódásán túl számos külső körülmény is befolyásolja. A szülészeti osztály felszereltsége, munkarendje, szabályrendszere, és még inkább az itt dolgozó szakszemélyzet tájékozottsága, szemlélete, beállítódása. Ezek mind-mind fontos szerepet játszanak abban, hogy milyen minőségű szülésélményben lesz része egy családnak.

Negatív szülésélmény várható azokban az esetekben, ha a nők/párok nem olyan bánásmódban részesülnek szülésük során, mint amire számítanak, amire készülnek. A kiszolgáltatottságot, elhanyagottságot, figyelmetlenséget még azok is gyakran átélik, akik helyzetükből kifolyólag szaksegítségét „választanak”, azaz paraszolvenciát fizetnek a kedvezőbb bánásmódotért. Még kiszolgáltatottabbak vélhetően azok, akik nem élnek, vagy nem élhetnek ezzel a lehetőséggel.¹¹²

A védőnő és gyermekorvos ezért igen gyakran találkozik traumatikus szülésélménnyel küszködő anyákkal, vagy akár apákkal is. A szülés utáni *poszttraumás stressz-szindróma*¹¹³ olyan anyáknál alakul ki, akik súlyos traumaként élték meg szülésüket, és az újszülöttjüktől valamilyen oknál fogva hosszabb időre távolabb kerültek a szülést követő órákban. Ez egy olyan tünetegyüttes, amely súlyos szorongásos állapotot jelent a gyermekágy idején, és megakadályozza az anyát abban, hogy csecsemőjét gördülékenyen és örömmel tudja gondozni.¹¹⁴ A kedvező szülésélmény ugyanakkor rendkívüli módon erősíti a párkapcsolatot, és segíti az újszülöttel való kapcsolat kialakítását a szülést követő hetekben, így az anya a biztonságos kötődés bázisául tud szolgálni. A pozitív szülésélmény hozzájárul egy újabb gyermek vállalásához, miközben a traumatikus szülés körüli élmények akadályként merülhetnek fel egy további gyermek vállalásának döntésében. A szülésélménynek tehát tágabb társadalmi jelentősége van: kedvezőbb népesedési mutatók várhatók kedvezőbb feltételek között!

Gyakorlati alkalmazási lehetőségek

- Amennyiben az anya a szülésfelkészítés során *már találkozott* a védőnővel és kórházi védőnővel, a szülés után *nagyobb bizalommal tud feléjük fordulni a kérdéseivel.* Az anyák többsége szeretné bemutatni, megmutatni kisbabáját azoknak, akik a várandós-

112 Losonczi, Á. (1991) Az új élet kihordása, szülés, születés. In: Hanák, K. (szerk.) *Terhesség – szülés – születés*, II. kötet. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest, pp. 5–39.

113 Bailham, D., Joseph, S. (2003) Post-Traumatic Stress Following Childbirth: A Review of the Emerging Literature and Directions for Research and Practice. *Psychology and Health Medicine*, 8, 159–168.

114 Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K. (2008) Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: Current Issues and Recommendations for Future Research. *Journal for Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29, 240–250.

ság során kísérték, támogatták. *Mind a csoportos, mind az egyéni tanácsadás jó alkalom arra, hogy az anyának lehetőséget biztosítsunk szülésélményének megosztására.* Figyeljük meg, mit mond el magától! Segítsük őt nyitott kérdésekkel, hogy minél részletgazdagabban tudja elmesélni szülésének történetét! Ez a folyamat gyakran intenzív érzésekkel jár. Biztassuk az anyát arra, hogy bátran mutassa ki érzéseit, legyenek ezek a bánat vagy az öröm könnyei! Szánjunk elegendő időt erre az alkalomra, hogy valóban azt érezhesse, megértésre talál mindaz, amit mondani szeretne!

- Támogassuk a szoptatásban, hiszen a szoptatás újabb lehetőség az anyai kompetencia megtapasztalására! (Lásd még a szoptatás támogatásáról szóló háttéranyagokat.)
- Támogassuk az anyát a csecsemővel való bőr-bőr kontaktusban! (Lásd még a szoptatásról és bőr-bőr kontaktusról szóló háttéranyagokat.)
- Támogassuk az apát a gyermeke gondozásában, hordozásában, a csecsemővel való közvetlen kapcsolat kialakításában!

XX/1.2 A szülés hormonális és érzelmi változásai az újabb kutatások tükrében

Az utóbbi 10 év kutatásai arra hívják fel a figyelmet, hogy a szülés folyamatát szabályozó hormonok testi hatásaikon túl agyi átvivő anyagokként is működnek, és segítik az anya és a gyermek *érzelmeinek és élményeinek* kedvező irányú módosulását.¹¹⁵

- *Oxitoxin:* Méhösszehúzódadást okozó hatásán túl a szeretet érzését kelti, és jelentős stresszoldó hatású (várandósság, szülés, szoptatás során egyaránt).
- *Béta-endorfin:* A szervezet saját fájdalomcsillapítója, jelentős érzelmmódosító hatással. A gyönyör, az eufória élményét eredményezi. Szüléskor (és szoptatáskor is) az anya és az újszülött szervezetében egyaránt magas, biztosítva a szülés utáni találkozást, a korai kötődés euforikus élményhátterét.
- *Prolaktin:* A tejelválasztáson túl segít az újszülöttnak alkalmazkodni a külvilági viszonyokhoz, az anyában pedig támogatja a gyermek igényeinek előtérbe helyezését.

Mindez azt jelenti, hogy bár a szülés rendkívül intenzív, fájdalmas testi élmény, nem szükséges, hogy szenvedéssel járjon együtt. A fájdalom akkor okoz szenvedést, ha a nő elhagyottan érzi magát, vagy durván, érzéketlenül bánnak vele.¹¹⁶ Amennyiben a szülő nő biztonságban érzi magát, és megszülető gyermekével együtt tud maradni, úgy képes arra, hogy átadja magát a gyermekével való találkozás lenyűgöző élményének.

Több vizsgálat is kimutatta, hogy azoknál a gyermekeknél, ahol az anya *fájdalomcsillapítást* kapott a szülés közben (opiát, barbiturát, altatógáz), a gyermekek felnőttkorában

115 Buckley, S. (2005) Pain in Labor: Your Hormones Are Your Helpers.

<http://www.sarahjbuckley.com/articles/labour-hormones.htm>; (Letöltve: 2013. nov. 9.)

Varga K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy, E., Demetrovics, Zs., Pilling, J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 449–476.

116 Simkin, P. Bolding, A. (2004) Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery and Woman's Health*, 49, 489–504.

4-5-szörösére emelkedett a drogfogyasztásra való hajlamuk azon társaikhoz képest, akik születéskor nem használtak ilyen gyógyszereket. Az, hogy a születéskor mennyire bontakozhat ki az anya, illetve az újszülött idegrendszerében a természetes neurohormonális hatás, közvetlenül befolyásolhatja a gyermek felnőttkorában az autonóm idegrendszer egyensúlyát. A szülés/születés minősége tehát a felnövekvő gyermeknek pl. a vérnyomására, fájdalomküszöbére, testsúlygyarapodására úgy hat, hogy ez a hatás majd serdülő- és felnőttkorára mutatkozik meg.¹¹⁷

Az epidurális érzéstelenítéssel kapcsolatos szakirodalom rendkívül gazdag kutatási anyagára ebben a munkában nem kívánunk részletesen kitérni. Összefoglalva elmondható, hogy az epidurális fájdalomcsillapítás egy sor további beavatkozást hoz magával, amelyek nem a szülés természetes ritmusát és rendjét követik. A módszer mellékhatásainak következtében az anya kevésbé aktívan tud bevonódni a gyermekével való találkozásba, szoptatásba és az újszülött ellátásába. Néhány kutatás arra hívja fel a figyelmet, hogy az epidurális fájdalomcsillapítás ugyan valóban kikapcsolja a szülési fájdalmat, ám az anyák élménye nem változik szignifikánsan pozitívabbá a háborítatlan, társas támogatást kapott anyák élményéhez képest.

A szülésre való felkészítés egyik fontos feladata az anya szüléssel kapcsolatos, gyakran irreális félelmeinek feldolgozása. Amennyiben nem bizonyul elegendőnek a várandóست gondozók (védőnő, szülésorvos, szülésznő, gyermekorvos) megfelelő tájékoztatása és támogatása, úgy szaksegítség bevonására (pl. pszichológus, mentálhigiénés szakember stb.) is szükség lehet.

Rendkívül fontos tehát egyrészt, hogy az anya még a várandósság idején kapcsolatba kerüljön a szüléssel kapcsolatos nyílt és rejtett érzéseivel, félelmeivel. Másrészt mindinkább figyelmet kell fordítani arra, hogy a szülést kísérő személyek segítsék abban az anyát, hogy szülési fájásai elviselhetők legyenek, hogy a természetes ritmusban érkező méhösszehúzóadások alatt kapott emberi támogatás és figyelem elegendő legyen ahhoz, hogy ne kerüljön sor gyógyszeres vagy epidurális fájdalomcsillapításra. Minden beavatkozás megzavarja mind az anya, mind pedig az újszülött természetes működését.¹¹⁸ Amennyiben erre nincs felkészülve a szülést kísérő egészségügyi személyzet, és az anya nem tud megküzdeni a fájdalmas méhösszehúzóadások élményével, úgy szenvedésének megakadályozása érdekében valóban van helye az epidurális érzéstelenítésnek.

A gördülékeny, természetes ritmusban zajló szüléshez az alábbi feltételekre van szükség:

- a szülő nő tájékozott és felkészült, legyen kapcsolata saját érzéseivel;
- a szülő nő biztonságban érzi magát (a felkészülés legfontosabb szempontja!);
- jelen van olyan személy, akit ismer és szívesen lát: orvos, szülésznő, társ, dúla (szakképzett, érzelmi támogatást nyújtó személy), testvér, anya stb.;

117 Jacobson, B. et al. (1990) Opiate Addiction in Adult Offspring through Possible Imprinting after Obstetric Treatment. *British Medical Journal*, 301, 1067–1070.

118 Mayberry, L. J., Clemmens, D., De, A. (2002) Epidural Analgesia Side Effects, Co-interventions, and Care of Women during Childbirth: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), 81–93.

- a szülő nő szabadon megválaszthatja testhelyzetét a vajúdás és kitolás bármely fázisában;
- a szülést kísérők segítenek a nem gyógyszeres fájdalomcsillapításban (érintés, masszáz, aromaterápiás olajok stb.);
- amennyiben rendelkezésre áll, használhassa a vajúdo a szülőszoba adta alternatív fájdalomcsillapítási eszközöket, lehetőségeket (bordásfal, labda, vajúdokád, szabad mozgás, zenehallgatás ellazuláshoz stb.);
- álljon rendelkezésre annyi idő, amennyire csak szükség van (ne legyen sürgetés);
- csak a legszükségesebb vizsgálatokat végezzék, ne legyenek felesleges beavatkozások;
- nyugodt, elfogadó, intim hangulat, az anya kéréseinek tiszteletben tartása;
- az újszülött világra jövele után minimum 1 óra háborítatlan együttlét bőr-bőr kontaktusban, első szoptatás.

XX/1.3 Az együttszülésről

Van-e helye az apának a szülés körül?

Az apás szülés ma is aktuális, vegyes érzelmet kavaráó kérdés. Ha körülnézünk térben és időben a világban, mindenre találunk példát: a férj szülésnél való aktív jelenlététől a teljes távolmaradásig. Az apák az elmúlt két évtizedben mindinkább bevonódtak a várandósgondozás folyamatába, rendre elkísérik párjukat az orvosi és ultrahangvizsgálatokra, így kézenfekvő, hogy a szülőszobán is mind gyakrabban vannak jelen gyermekük születésénél. *A gyermekhez való kötődést azonban nem az határozza meg, hogy az apa jelen volt-e ténylegesen a szülőszobán, hanem sokkal inkább általános attitűdje, beállítódása, hogy jelen szeretett-e volna lenni gyermeke születésénél.*¹¹⁹ A szülők egymás közötti kapcsolata és az elköteleződés arra, hogy egymásnak érzelmi támaszt nyújtsanak, hosszú távon kihat az apa-gyermek kapcsolat minőségére.

Az együttszüléssel kapcsolatos beszámolók igen vegyes érzelmi töltetűek. Az együttszülés élményének minőségét két alapvető tényező befolyásolja:

- a döntés az adott pár kapcsolatába illeszkedik, nem a „divat” vagy külső elvárás mentén, hanem belső meggyőződéstől vezérelve hoz döntést mindkét fél;
- fontos, hogy a kórházi környezet és személyzet a szülésnél olyan szerepet biztosít az apának, hogy nem tehetetlen szemlélője, hanem aktív résztvevője, párjának igazi támasza tud lenni.

Kulturális különbségek

A különböző magyarországi romakultúrák többnyire elutasítják a férfiak jelenlétét a szülésnél, akár otthon, akár kórházban szül a nő. A szülő nő mellett csak női segítők tartózkod-

119 Palkovitz, R. (1985) Fathers' Birth Attendance, Early Contact and Extended Contact with their Newborns: A Critical Review. *Child Development*, 56, pp. 392–406; Keller, W. D., Hildebrandt, K. A., Richards, M. E. (1985) Effects of Extended Father-Infant Contact during the Neonatal Period. *Infant Behavior and Development*, 8, pp. 337–350.

hatnak (anyja, anyósa, bába).¹²⁰ A roma/cigány közösségekben a férfi és női világ erőteljesen kettéválik, a nő testében zajló folyamatok (menstruáció, várandósság, szülés stb.) a férfiek előtt tabutémának számít, és a szégyen érzése kötődik hozzá.¹²¹ Mindezt fontos figyelembe venni a roma nők várandósgondozásában, szülésénél.

Gyakorlati alkalmazási lehetőségek

Mire kell tehát figyelni a szülésre, szülőségre való felkészítés során az ellátórendszernek?

- Történjen meg a várandós pár tájékoztatása a szülés természetes menetéről, a szülés közben zajló élettani és lélektani folyamatok finom egymásra hangoltságáról és az ezzel együtt járó pozitív hozadékról.
- Az anya legyen tudatában a szüléssel kapcsolatos érzéseinek, szorongásainak.
- Legyen lehetőség a tudatos, felkészült szülők háborítatlan szülésére.
- A szülést követő órákban legyen lehetőség anya és gyermek együttlétére.
- Az apa aktív, kompetens része a család születésének.
- Aktív együttműködés az alap- és szakellátás között a szülés körüli időszakban.

A szülésre/szülőségre való felkészítés kiemelt szempontjai

- A szülés munka és élmény, amely túlmutat a szülés fizikai aktusán.
- A szülés változás, amelynek előzménye (várandósság) és következménye is van (gyermekágy) – mindez egy adott társadalomba, szokásrendszerbe, orvosi ellátási modellbe ágyazva.
- A szülésre érdemes készülni, ám pontosan megtervezni nem lehet.
- A szülési fájdalom csillapítható, elviselhető – ennek lehetőségeiről kapjanak a szülők tájékoztatást.
- Ahogyan nincs két egyforma várandósság, úgy nincs két egyforma szülés sem – ezért nincs egyetlen „jó” felkészítési mód: minden párnak a maga készülődését, anyaságra/apaságra való ráhangolódását lehet/érdemes támogatni.
- Hiteles, objektív információk nyújtása a szülés folyamatáról (élettani és érzelmi történések).
- Szülők támogatása abban, hogy közelebb kerüljenek saját érzéseikhez, esetleges félelmeikhez.
- Annak támogatása, hogy a szülés passzív elszenvedőiből aktív szereplőkké váljanak, ezzel támogatva a szülői kompetencia érzések megerősödését.

Kivel lehet együtt szülni?

Minden szülő nőnek törvény adta joga, hogy egy általa választott személy elkísérje a szülőszobára: férje/párja, édesanyja, testvére, barátnője, dülája, anyósa stb. Fontos jól megvá-

120 Kalányosné, L. J. (1999) Terhesség és gyermekágy az őcsényi (Tolna megye) beás cigányoknál. In: Raffai J. (szerk.) *Várandósság, szülés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban*, MPPOT Kongresszusi Tanulmánykötet, pp. 151–159.

121 Varga, K., Andrek, A., Herczog, M. (2011) A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In: Danis, I. et al. (szerk.) *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés szinterei*. Biztos Kezdet Kötetek I, Budapest, pp. 230–282.

lasztani, hogy ki legyen az. Nem szabad udvariaskodni. Ez egy szexuális együttlélhez hasonló intim helyzet; ha egy kis ellenérzése is van valakivel kapcsolatban, hiába ajánlkozik az illető, vissza kell utasítani.

Miben hasonló a szülés a szexuális együttlélhez?

Mindkét helyzetben oxitocin szabadul fel, ami méhösszehúzóásokat okoz, melyek a szülés során lényegesen intenzívebbek. Ugyanaz a testtájéék aktív, a szeretkezés és a szülés ugyanazon folyamat két vége. Hasonlóan intim, fontos az egymásra hangolódás. A szülés jó alkalom arra, hogy a pár mélyítse egymásra hangolódását, egymás iránti kötődését.

Milyen témákat érdemes érinteni az együttszülésre való felkészítés során?

- A leendő szülők beszéljék meg elvárásaikat előre. Kérjük meg az apát, hogy mondja el, hogy mitől tart, és az anya is ossza meg az együttszüléssel kapcsolatos félelmeit.
- Gyakori kérdés, hogy mit lát az apa. Általában az anya fejénél áll, és nem szemben, így semmit nem lát az altesti történésekből. Van, hogy az orvos odahívja az apát, hogy nézze meg, mi történik. Ha ezt nem akarja az anya, tisztázzák! Az apa is visszautasíthatja ezt.
- A vajúdás idejét nem órával mérjük, és nem minősíti a szülést. Vannak gyors lefolyású negatív szülésélmények, és hosszú lefolyású pozitívak. A vajúdásnak ideje van, mindenkinek annyi, amennyire szüksége van, amíg az anya és az újszülött jól vannak.
- Az apa ne szóljon az anyához méhösszehúzóadás közben! Hagyja, hogy az összehúzóadásra figyeljen, hogy az még hatékonyabb és előrevivőbb legyen.
- Informáljuk az apát a módosult tudatállapot sajátosságairól!
- A szülés alatt az anya igényei vannak előtérben. Az apákat fel kell világosítani a szorongás szülést hátráltató szerepéről. Bár kettejük szülése, de az anya testében játszódik a folyamat, és az ő nyugalma az első. Igyekezzen az apa pozitívan beszélni az anyával, hangsúlyozni a biztonságát és azt, hogy milyen jól csinálja, amit csinál, és milyen jól mennek előre a dolgok.
- Ugyanakkor ismerjük el, hogy az apának is rá kell hangolódnia a szülésre, ez az ő szülésélménye is.
- A masszázs jót tesz, különösen a derék tájékán és a talpon, de az is lehet, hogy nem kéri az érintést az anya.
- Ne sértődjön meg az apa, ha az anya kiküldi. Menjen ki, és legyen elérhető, ha az anya vissza akarja őt hívni. „Most kimegyek, és bármikor visszahívhat, ha szükséged van rám.”
- Lehet, hogy egész más fog jólesni az anyának a vajúdás, kitolás alatt, mint egyébként, vagy mint a szülés egy előző szakaszában. Lehet, hogy máskor szereti, ha például simogatják a homlokát, most pedig ki nem állhatja. Fogadjuk ezt el.
- A vajúdás előrehaladásával a tudatállapot is egyre szűkül befelé, azért, hogy a szülő nő egyre jobban tudjon magára figyelni, és a belső fájdalomcsillapító rendszerét hagyja aktiválódni. Mindenki másképp reagál a szülés folyamatára, és ez rendben van. Nincs ideális szülés, *mindenkinek saját szülése van*. Minél inkább tágul a méhszáj, tágulnak a lehetőségek, annál inkább szűkülhet be a tudat. Így előfordulhat, hogy 1-2 ujjnyi méh-

szájnál még kellemesen társalog az anya, udvarias, figyelmes, és majd inkább magára figyel az elkövetkezendőkben. 4-5 ujjnyi méhszájnál már jöhetnek következetlen kérések: valami, majd egy perc múlva az ellenkezője („Nyisd ki az ablakot!”, „Ne, inkább csukd be!”). Lehetőleg türelemmel kezelje az apa ezeket, és teljesítse, amit lehet.

- Gyakori kérdés, hogy elájulnak-e az apák. Nem ájulnak el. De fontos, hogy vigyenek magukkal ennivalót a szülőszobára, mert amíg az anya szervezete és anyagcseréje tökéletesen alkalmazkodik a szülés folyamatához, és a meglévő energiáit mozgósítja a hatékony szüléshez, addig az apánál ez nincs így, és vércukorszint-csökkenés léphet fel a szülés alatt.

XX/1.4 Az apa és a testvérek szerepe a gyermek fogadásában

Az apává válás idejét is „normatív krízisnek” nevezzük, ahol a krízis azt jelenti, hogy egy új, addig ismeretlen, akár kritikusnak is nevezhető élethelyzettel találja magát szembe a férfi. Ebben a helyzetben kevésbé működnek az addig alkalmazott megküzdési módok, az új helyzet új kihívásokat, új megküzdési stratégiák kidolgozását igényli. A „normatív” jelző arra utal, hogy egy szokványos, „normális” jelenséggel állunk szemben, a férfiak többsége átéli az ismeretlen helyzettel együtt járó szorongásokat, ugyanakkor az új megoldások keresésének élményét is. Jó hír, hogy mint minden más normatív krízis az ember életében (pl. serdülőkor, első munkahely stb.) lehetőséget nyújt a személyiség fejlődésére, egy előző érettségi szint meghaladására, a férfilétben való továbblépésre.

Napjainkban, amikor hiányában vagyunk a tradicionális társadalmak által nyújtott rítusoknak, nagy szükség van arra, hogy a férfiak megkapják szüleiktől a támogatást és „engedélyt” arra, hogy elhagyhassák az apai házat, és saját családot alapítsanak. Gyakran azonban sem a férfi, sem pedig a szülők nincsenek felkészülve az elválásra. A helyzetet tovább nehezíti, ha a családtól való elszakadás egybeesik az első gyermek születésével. Legkésőbb ekkor szembetalálják magukat mindkét oldalon a felmerülő feszültségekkel, megoldásra váró szerepkonfliktusokkal.

Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy a férfiakat jelentős hormonális és viselkedésbeli változások is támogatják partnerük várandóssága és gyermekük születése idején.¹²² Az anyák és apák hormonális változásaiban hasonló változást találtak: a prolaktin- és kortizolszint megemelkedett a szülés előtti és utáni időszakban, a szülést követően pedig nagymértékű csökkenés volt mérhető a tesztoszteron szintjében. A megnövekedett prolaktin és a kortizol a szülői válaszkészséget, a gondozói magatartást támogatja, a tesztoszteroncsökkenés pedig első sorban a férfiak szexuális érdeklődését tompítja. A változás azoknál a férfiaknál volt kifejezettebb, akik érzelmileg erőteljesebben vonódtak be partnerük várandósságába, illetve érzékenyebben reagáltak az újszülött-gondozási helyzetekben. A megváltozott hormonális mintázat szerepe feltehetőleg az, hogy biológiai szinten „megalapozva” ott tartja az apát az anya mellett, aki így odaadással gondozza az újszülött gyermeket.

122 Storey, A. E. et al. (2010) Hormonal Correlates of Paternal Responsiveness in New and Expectant Fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21, pp. 79–95.

Az apa-gyermek kapcsolat kezdete

A születendő gyermek már a méhen belüli fejlődés jó része alatt hallja, és egy idő után pontosan megkülönbözteti a körülötte élők hangját. Az apa jelenléte, az anyához vagy magzatához intézett szavai, tenyerének érintése mind olyan információ, ami eljut a méhen belül fejlődő gyermekhez. Fontos azonban azt is kiemelni, hogy a látható viselkedésen túl is létezik kapcsolat apa és gyermeke között. Vannak apák, akiknek nehézséget jelent megérinteni feleségük hasát, megérezni magzatuk mozgását, együtt lenni ebben az ismeretlen, intim helyzetben. Ugyanakkor ezek az apák sokat vannak gondolatban születő gyermekeikkel, elképzelik őket 1, 3, 5 évesen, amint labdázna a parkban. Lehet, hogy álmodnak gyermekük-ről, vagy aggódnak érte, hogy vajon egészséges lesz-e. Ezek a történések is az apává válás lényeges mozzanatai, és arra utalnak, hogy az apák (is) szoros intuitív, közvetlen kapcsolatban vannak születő gyermekeikkel, bár sokszor a kommunikáció kevésbé látványos, ám ugyanolyan értékes csatornákon keresztül zajlik, mint az anyáké.

Apai baby blues és post partum depresszió

Az első vagy akár többedik gyermek megszületése az apa számára is okozhat olyan hangulati zavart, amivel nem tud önállóan megbirkózni.¹²³ Az anyai tünetekhez hasonlóan nehéz érzések felbukkanására, álmatlanságra, lebegő, szorongató érzésekre, állandó kimerültségre, és mellőzöttségérzésére panaszkodhatnak, ritkábban az apák, gyakrabban az anyák párjukra/férjükre vonatkozóan!

A testvér szempontjai

Amennyiben nem elsőszülött gyermekről van szó, úgy a nagyobb testvérré is különös figyelmet kell fordítani az újonnan születő gyermek idején. Különösen arra érdemes figyelni, hogy a perinatális időszakban jusson neki is elég figyelem. A testvérféltékenység érzésének felbukkanása természetes, különböző életkorban különböző formát ölthet.

- Testvérvárásra felkészítés, az anya növekvő pocakjáról, a kistestvérről való beszélgetés az adott életkornak megfelelő szinten.
- Rendkívül fontos, hogy az elsőszülött úgy élje meg, hogy érkezett mellé egy testvér, így már ketten (vagy többen) vannak, és ez ugyan a szülői figyelem megoszlásával jár, de hosszú távon megtérül a veszteség.
- Az egyik legfontosabb tanács, hogy a szülők fogadják el, értsék meg a nagyobb testvér nehézségét, tiltakozását a kicsi érkezésével kapcsolatban. Amennyiben a testvér ellenérzései megértésre találnak, az önmagában megkönnyebbülést hoz.

Gyakorlati tanácsok

- A szülés miatti távollét után, az újszülött osztályról hazaérkezéskor az apa/kísérő kezében legyen az újszülött, hogy találkozáskor ugyanúgy megölelhesse az anya a nagyobb gyermekét, mint korábban.
- Biztosítsák a bőr-bőr kontaktust a testvérek között is, az összebújást – biztonságos felügyelettel –, ne csak a használt pelenka elszállítása legyen a kapcsolat közöttük.

123 Edmondson, O. J. H. et al. (2010) Depression in Fathers in the Postnatal Period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a Screening Measure. *Journal of Affective Disorders*, p. 125, pp. 365–368.

- Legyenek csak anya-„nagytestvér” programok, beszélgetések, amelyben a felek erősítik egymás önbizalmát.

Gyakorlati alkalmazási lehetőségek az apák támogatásában

Érdemes az apák állapotára legalább akkora figyelmet szentelni, mint az anyáéra, és szükség esetén segítséget javasolni, hiszen a családi egyensúly nem jöhet létre az apa jólléte nélkül.

- Amennyiben az apa nehezen találja helyét a megváltozott, új helyzetben, kapjon támogatást abban, hogy lehetőleg elvárásoktól mentesen rátaláljon saját apaszerepére.
- Az apa szülőszobai jelenléte nem feltétele a gyermekhez való kötődésnek, ám jelzésértékű lehet: kapjon támogatást abban, hogy a szülőszobáról kikerülve lehetősége legyen az újszülöttel való találkozásra, háborítatlan együttlétre.
- Amennyiben az anya bármilyen okból nem tud részt venni a születés utáni néhány óra szenzitív periódusában az újszülöttel való találkozásban, legyen az apa az a személy, akivel megtörténik a korai kötődés.
- Az anya hosszabb akadályoztatása esetén az apa is elláthatja az ún. elsődleges gondozói funkciót.
- Amennyiben az apa nem vállalja a gyermek felnevelésében való aktív részvételt, abban az esetben is kapjon meg minden támogatást abban, hogy kapcsolatban maradjon gyermekével. Az apai jelenlét primer prevenció hatása, még akkor is, ha csak bizonyos időközönként találkoznak, hosszú távon védő tényező a gyermek pszichoszociális fejlődésében.

Az apa-magzat kapcsolat erősítése

*Bátorítsuk az apát arra, hogy érezze meg, számára mit jelent a magzatával való kapcsolat! Kínáljuk fel a kapcsolattartás intuitív csatornáinak tudatosítását mind az anya, mind az apa számára. Számos párnál tapasztalható, hogy az anyák feszültek és kétségbeesettek akkor, ha az apa nem szívesen vesz fel kontaktust a hasfalon át a magzattal. *Hívjuk fel a figyelmet az egyéb csatornák értékességére, fontosságára!* Az elvárások mindig megterhelik az új szereppel való ismerkedés folyamatát! Hagyjuk ezért, hogy az apa találja meg a maga útját, csatornáját gyermekéhez! Az anyákra is számos elvárás zúdul, talán ezek nehezítő hatásának tudatosítása segíti az anyát abban, hogy nagyobb mozgásteret adjon párja apaságának megnyilvánulásában. Kínáljuk fel, hogy beszélgessenek is ezzel kapcsolatos érzéseikről, nyílt vagy addig ki nem mondott elvárásaikról, érzéseikről, akár a szakember jelenlétében, akár otthon, intim közegben!*

- Nagyon ösztönző a *magzati szívhanghallgatás* közös élménye, akár a testvér részvételével is!
- Biztassuk a párt arra, hogy *látogassák meg a szülészeti osztályt!* Előzetes bejelentkezés után a várandós és családjának bármely tagja megtekintheti az osztályt szakszemélyzet irányításával, ahol helyismeretet szerezhetnek, és feltehetik kérdéseiket.
- Bátorítsuk a szülőket arra, hogy amennyiben lehetőség van a szülést követően a kórházi tartózkodást ún. *családi szobában* eltölteni az intézményen belül, úgy válasszák ennek lehetőségét. Az együttlét, az apa huzamos jelenléte az anyával és az újszülöt-

tel segíti a kötődés folyamatát, és nagy segítséget jelent a kezdeti bizonytalanságokban az anya számára is.

- Már a várandósság során tájékoztassuk az apát arról, milyen feladatokat tud majd ellátni az *újszülött gondozásában, fogadásában*. Segítsük példákkal, ötletekkel, hogy milyen változtatásokat tudna végrehajtani otthonukban a minél *biztonságosabb környezet* kialakításában! Erősítsük az apát védő szerepében!

Apai kompetenciák támogatása az újszülött gondozásában

Támogassuk az édesapát abban, ahol éppen tart, minél kevesebb elvárás mentén. Bátorítsuk az anyát is arra, hogy hagyjon teret az apának a gyermek gondozásában, akkor is, ha kezdetben kevésbé ügyes ebben. Sokszor az apák máshogyan látják el a csecsemőt, s a más-ság megtapasztalása fontos élmény a csecsemő számára. Az apa lendületesebb, határozot-tabb, erőteljesebb mozdulatai olyan ingerek az újszülött, csecsemő számára, amelyek rend-kívül pozitív módon stimulálják fejlődését. Újabb kutatások kimutatták, hogy az apai aktív jelenlét a csecsemő gondozásában már 3 hónapos korban is kimutatható a gyermek fejlődé-sének pozitív mutatóiban motoros, kognitív és érzelmi szinten is. Támogassuk az apát ab-ban, hogy játsszon gyermekével a saját módján, a biztonság határain belül.

XX/1.5 Hitek, tévhitek

Szüléssel, szülési fájdalommal, annak csillapításával kapcsolatos tévhitek

„Akkor tudja szeretni az anya igazán gyermekét, ha megszenvedett érte a szülés közben.”

A szenvedés élménye nem támogatja a szeretet kialakulását. A háborítatlan szülés közben zajló hormonális változások, elsősorban a kitolás neurobiológiai folyamatai azonban való-ban euforizálják, az intenzív gyönyör élményével „jutalmazza” anyát és gyermekét a meg-születés pillanatában. Ennek a mámorító élménynek bizonyítottan szerepe van a korai kö-tődésben, és sajnos rendre elmarad azokban a helyzetekben, ahol az anya szülésélménye a szenvedés. Elmarad ugyanakkor az epidurális érzéstelenítés esetén is, hiszen nem tud előáll-ni a kitolás természetes menetéhez kapcsolódó megváltozott tudatállapot.¹²⁴

„Az epidurális érzéstelenítés mellett kedvezőbb szülésélmény várható.”

A vizsgálatok szerint az epidurális érzéstelenítés nem jár együtt feltétlenül pozitív szülés-élménnyel. A legpozitívabb élményről azok számolnak be, akik a szülésüket saját ritmusuk-ban, biztonságos támogatás mellett élhették meg, és a szülés után együtt maradhattak új-szülöttjükkel.¹²⁵

124 Varga K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy, E., Demetrovics, Zs., Pilling, J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 449–476.

125 Mayberry, L. J., Clemmens, D., De, A. (2002) Epidural Analgesia Side Effects, Co-Interventions, and Care of Women during Childbirth: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), pp. 81–93.

„A jó szülés gyors lefolyású.”

A jó szülésnek megvan a maga ideje. Bár a gyorsaság korunk egyik legfontosabb pozitív jelzője (gyors közlekedés, számítógép, információcsere stb.), a szülés arra „tanít”, hogy fontos élethelyzetekben az időt nem órával mérjük. A kutatások szerint sincs összefüggés a szülés élményének minősége és a szülésre fordított idő között. Nehézséget okoz annak a meghatározása is, hogy mikortól indul egy szülés (jóslófájások, kórházba való megérkezés időpontja stb.). Természetesen a szülés extrém mértékű elhúzódása nehezíti a folyamatot, és számos veszélyt rejt magában. Mindezek együttes mérlegelése a szakszemélyzet feladata.¹²⁶

Az apai jelenlét primer prevenciók lehetőségeit érintő tévhitek

„Az apa elájul a szülőszobán, többet kell vele törődni, mint a szülő anyával.”

Az apák jellemzően nem ájulnak el a szülőszobán, amennyiben hasznosan, támogatóan lehetnek jelen a folyamatban. Ugyanakkor valóban fontos figyelmet fordítani arra, hogy pl. hosszú vajúdas esetén egyenek, beavatkozások esetén dönthessenek arról, hogy hol kívánnak tartózkodni, esetleg menet közben is legyen lehetőségük néhány perces elvonulásra, rövid sétára. Mindezekről a párnak még a szülésre való készülődés folyamatában érdemes beszélgetni, megállapodni.

„Ha az apa részt vesz párja szülésében, az élmény megronthatja kettejük szexuális kapcsolatát.”

A szexuális kapcsolat megromlása csak nagyon ritka esetben köthető a szülésen való jelenléthez. Amennyiben az apa párja szülésének passzív, tehetetlen szemlélője, ráadásul úgy helyezkedik el a szülőszobán, hogy a gyermek megszületését „kívülről” nézi végig, ennek az élménynek valóban lehet traumatikus hatása. Ezzel szemben az aktív apai jelenlét, amelyben mind az anya, mind pedig az egészségügyi személyzet igénybe veszi az apa támogatását, erejét, egy életre szóló élményben részesíti a férfit, és megerősíti a párkapcsolatot.¹²⁷

„Az apa jobban kötődik gyermekéhez, ha jelen van a szülőszobán.”

Kutatások azt bizonyítják, hogy az apa szülőszobai jelenléte nem jelzi előre az apa-gyermek kapcsolat minőségét. Sokkal fontosabb tényező az apa beállítódása, gyermekével kapcsolatos érzései, várakozása. A csecsemővel való korai találkozás természetesen segíti kettejük kötődését, ugyanakkor nem alapfeltétele annak.¹²⁸

XX/2. A GYERMEKÁGY KRÍZISHELYZETEI

XX/2.1 A krízisállapot fogalmának tisztázása

Krízisállapotról akkor beszélünk, ha egy család (személy) olyan problémahelyzetbe kerül, amelyből nem tud kilépni, megoldási törekvései meghaladják erejét, képességeit, és nem

126 Simkin, P. Bolding, A. (2004) Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery and Woman's Health*, 49, 489–504.

127 Palkovitz, R. (1985) Fathers' Birth Attendance, Early Contact and Extended Contact with their Newborns: A Critical Review. *Child Development*, 56, pp. 392–406.

128 Keller, W. D., Hildebrandt, K. A., Richards, M. E. (1985) Effects of Extended Father-Infant Contact during the Neonatal Period. *Infant Behavior and Development*, 8, pp. 337–350.

tud alkalmazkodni az újonnan előállt helyzethez. A krízisállapot ugyanakkor magában hordozza a fejlődés lehetőségét is, amennyiben a család vagy személy olyan új, vagy addig kevésbé jellemző megoldást talál, amelynek segítségével sikerrel oldja meg a problémát. Eszköztárába hosszú távon is beépül az új tapasztalat, ami növeli önértékelését, és a jövőben felmerülő problémák megoldását.

XX/2.2 A zavartalan gyermekágy testi és lélektani történései

A gyermekágy orvosi tekintetben a méhlepény megszületésétől kezdődően 6 hétig tart. A lélektani visszarendeződés ugyanakkor akár 1 évbe is telik (jellemzően a gyermek elindulásáig, amikor fizikailag képes az eltávolodásra).¹²⁹

Testi visszarendeződés

- A belső szervek, a méh és a medencefenék visszarendeződése az eredeti helyére.
- A méh visszarendeződése eredeti méretére.
- A sebek begyógyulása (méhfal, hüvely, gát).
- A keringés és a béltevékenység helyreállása (vizelet- és székletürítés).
- A testtartás és a súlypont új helyének kialakulása.
- A kinyúlt hasfal és a bőr fokozatos feszesedése.
- A testsúly csökkenése.

Újabb testi változások

- A mellek mérete és formája átalakul.
- A tejbőlövellés intenzív testi érzetekkel jár.
- A mellbimbók érzékenysége fokozódik.
- Erőteljes hormonális átrendeződés, amely kihat az anya hangulatára, érzelmi életére.

Az első 6 hét nőgyógyászati kontrollal zárul, amely szabad utat enged a házaséletnek, sportnak, úszásnak. Ez a „lezárás” a valóságban azonban nem ilyen egyszerű. *Az anyák döntő többségének a felsorolt testi változásokkal kapcsolatban, legyen az visszarendeződés vagy újabb változás, számos kérdése, kételye, szorongása van. A tünetekkel kapcsolatos aggályok rendkívül szubjektívek és változatosak, csak az anya mélyebb élettörténetének ismeretében érthetőek meg.*

Ehhez kapcsolódik az anyai *szexuális vágy visszatérésének* kérdése is. Előfordul, hogy a nők egy része a 6. hétre valóban visszatalál szexualitásához (ritkább esetben ennél korábban is), ám a túlnyomó többség hosszabb testi és lelki visszarendeződési folyamatot igényel.¹³⁰ *A szexuális aktivitás sokszor inkább a partner vágyának kielégítéséről, mintsem a saját valódi vágy megjelenéséről szól. A fáradtság, a csecsemő gondozásának ritmusa és az anya intim testrészeinek (mellek, mellbimbók) állandó igénybevétele, a folyamatos testi és lelki rendelkezésre állás mind olyan események, amelyek akadályozhatják, nehezíthetik a szexuális*

129 Stadlmann, I. (2007) *A baba válaszol*. Katalizátor Kiadó, Budapest.

130 von Sydow, K. (1999) Sexuality during Pregnancy and after Childbirth: A Metacontent Analysis of 59 Studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (1), pp. 27–49.

vágy megmutatkozását. Ugyanakkor ebben az időszakban rendkívül intenzív az anya szexuális tartalom nélküli intimitási igénye (odabújás, simogatás, ölelés), aminek megvalósulása fontos szerepet játszhat a pár együtt tartásában e kritikus életperiódusban.

Lélektani visszarendeződés

A szülés utáni 6-12. hét alatt a várandósság utolsó fázisában zajló tudati fellazultság és fokozott érzékenységi állapot is lassan visszarendeződik. Az a pozitív regresszió, ami ebben az időszakban jellemző, a testi határok fellazulása mellett a lelki „fellazulással” biztosítja a babára való ráhangolódást, ami segíti a szülést és az azutáni időszakot.

A szülés abban az esetben is feldolgozásra váró élmény, ha az anya várakozásainak megfelelően, testi és lelki sérülésektől mentesen zajlott. *A traumatikus szülési élmény várhatóan megnehezíti a gyermekágy történéseit, a babára való ráhangolódást és a szoptatást.* Az anya élménye az egyedüli meghatározó abban a tekintetben, hogy mi számít traumatikus eseménynek, és mi nem. Gyakori jelenség, hogy egy-egy szakmai szempontból jelentéktelennek tűnő történés az anyai élményben hosszú feldolgozást igénylő sérelemként, nehéz érzések sorát elindító érzésként jelenik meg.¹³¹ Bárhogyan zajlott is a szülés, *a gyermekágy idején az anyának szerető és megértő támaszra van szüksége.*

XX/2.3 Krízisállapotok a gyermekágy idején

Szülés utáni lehangoltság (baby blues)

A „bababánat” előfordulása igen gyakori, az anyák csaknem 80%-a átéli. A szülést követő napokban jelenik meg (leggyakrabban a 4. nap környékén), *átmeneti, enyhe lehangoltságot jelent.*¹³² A megváltozott életritmusra, a megszakított alvásra és arra az érzelmi megfeszítettségére, amit egy újszülött megszületése jelent, az anyák egy része néhány napig tartó szomorúsággal, sírásrohamokkal, fáradtsággal, szorongással és álmatlansággal reagál. E hullámzó lelkiállapot az esetek túlnyomó többségében 10 napon belül nyomtalanul eltűnik, kezelést nem igényel. *Intenzív mértéke vagy elhúzódása előre jelezheti egy későbbi depresszió (elsősorban bipoláris depresszió) kialakulásának lehetőségét, ezért odafigyelést igényel.*

A szülés után a nő igényei, szükségletei hasonlatosak a csecsemőéhez, ezért ezek kielégítése alapvető ahhoz, hogy ő maga optimálisan tudjon gondoskodni gyermekéről. Ezért a gyermekágyas felmentés kap a házimunka, a főzés, mások etetése alól, sőt gondoskodni kell róla úgy, hogy lehetőleg ne maradjon egyedül. *Az anya dolga ebben az időszakban az újszül-*

131 Varga, K., Andrek, A., Herczog, M. (2011) A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In: Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., Szilvási, L. (szerk.) *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Biztos Kezdet Kötetek I, Budapest, pp. 230–276.

132 Molnár, E., Fűredi, J., Papp, Z. (2006) *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

löttről való gondoskodás, az újszülöttről való közeli, testi kontaktus, a szülés élményének feldolgozása és a szoptatás.¹³³

Poszttraumás stressz szindróma (PTSD)

Több szakember arról számol be, hogy *szülés utáni poszttraumás stressz szindróma* diagnosztizálható olyan anyáknál, akik súlyos traumaként élték meg szülésüket, és az újszülöttről való kezdeti szeparációt. A szülés utáni PTSD nem keverendő össze a szülés utáni hangulatzavarral és a post partum depresszióval sem, jól elkülöníthető tünetei vannak.¹³⁴ Ezek az anyák még hetekkel a szülést követően is úgy érzik, hogy nem találják az elvesztett kontrollt önmaguk és a babával kapcsolatos helyzetek fölött, a szülésre mint testi-lelki katasztrófára emlékeznek vissza, és gyakran extrém módon féltik babájukat, holott ésszel tudják, hogy jó helyen vannak.¹³⁵ Veszteségélményük annyira határtalan, mintha a gyermek meg sem született volna, s bár egyrészt értik, hogy egészséges, mégis aggódnak érte, siratják.¹³⁶

Szülés utáni depresszió

Előfordulási gyakoriság: 10-30% (első szülésnél), 30-50%-os visszaesési kockázat újabb szülésnél.¹³⁷ A szülést követő 4-6. héttől kezdődik, és általában a csecsemő 6 hónapos koráig tart. Diagnosztikai kritériuma, hogy a tünetek 10 napnál hosszabb ideig, és maximum 1 évig álljanak fenn.

Tünetei:

- evészavar;
- alvászavar;
- nyomott hangulat, visszahúzódás, elszigetelődés;
- zavarodottság, aggodalmaskodás;
- a gyermekhez való viszonyulás megváltozása;
- szexuális érdeklődés hiánya;
- önvádolás, bűntudat, öngyilkossági gondolatok.

A gyermekágyi depresszióban szenvedő nők általában súlyos szorongástól, pánikrohamoktól is szenvednek, és kevés érdeklődést mutatnak csecsemőjük iránt. Emiatt komoly veszélybe kerülhet az anya-gyermek kapcsolat és a csecsemő egészsége is. A betegség kialakulásáért biológiai (extrém hormonális változások), genetikai (családi hajlam) és pszichoszociális faktorok (életkörülmények, társas támasz stb.) felelősek.

133 Varga, K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy, E., Demetrovics, Zs., Pilling, J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 449–476.

134 Bailham, D., Joseph, S. (2003) Post-Traumatic Stress Following Childbirth: A Review of the Emerging Literature and Directions for Research and Practice. *Psychology and Health Medicine*, 8, pp. 159–168.

135 Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K. (2008) Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: Current Issues and Recommendations for Future Research. *Journal for Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29, pp. 240–250.

136 Kitzinger, S. (2008) *A szülés árnyékában. Katarzisz vagy krízis*. Alternatal, Budapest.

137 Molnár, E., Füredi, J., Papp, Z. (2006) *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

Kiemelendő kockázati tényezők:

- magára hagyottság érzése, egyedüllét;
- párkapcsolati problémák;
- anyagi bizonytalanság;
- költözés, szociális kapcsolatok hiánya;
- szülészeti beavatkozások (császármetszés után gyakoribb);
- szeparáció a csecsemőtől (indokolt vagy indokolatlan);
- nem tervezett várandósság;
- az anya korábbi pszichiátriai betegsége;
- pozitív családi anamnézis.

Előfordulhat a *szülés utáni depresszió kényszeres formája* is, kényszeres cselekvésekkel vagy gondolatokkal. A kényszeres gondolat gyakran a csecsemő ellen irányul: az anya attól tart, hogy bántani fogja a babáját. Kényszeres gondolatai leginkább éjszaka, az éjszakai ébredések, etetések idején jelennek meg, valóságos veszélyt jellemzően nem jelentenek a csecsemőre nézve. Az anyát ugyanakkor súlyos szorongás és büntudat gyötri kényszerszorgolatai miatt.

Postpartum pszichózis

A szülés utáni pszichózis előfordulása világszerte 1-2 ezrelék. A szülést követő 1-2 héten belül jelenik meg, téveszmékkel és hallucinációkkal jár.¹³⁸ A realitással való kapcsolat részben vagy teljesen megszakad. Az anya veszélyes lehet önmagára és a gyermekére nézve is. A pszichózisok egy része bipoláris vagy major depresszióból indul, és nagyon komoly veszélyt jelent az öngyilkosság bekövetkezése.

Kockázati tényezők:

- hasonló eset a családban;
- korábbi pszichotikus epizód az anya élettörténetében;
- ismert pszichiátriai betegség (depresszió, skizofrénia);
- organikus idegrendszeri eltérés.

XX/2.4 Gyakorlati alkalmazási lehetőségek

A baby blues. mint normatív krízisállapot prevenció és intervenció teendői

- A szülés utáni lehangoltság jeleinek észlelése, a hangulati zavar mértékének megállapítása.
- Az anya tájékoztatása a jelenségről, az anya megnyugtatása.
- Az anyát támogató családtagok (apa, nagyszülők, más segítők) tájékoztatása.

Mit érdemes mondani általánosságban?

A „bababánat” rendkívül gyakori jelenség, az anyák több mint 80%-a átéli. Sokféle oka van, az egyik például, hogy az ösztrogénhormon, amely a várandósság utolsó heteiben a nor-

138 Molnár, E., Füredi, J., Papp, Z. (2006) *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

mál érték ötvenszeresére nő, most drámai mértékben lezuhan. Ez ugyan természetes jelenség, ám alkalmazkodást igényel. Ahogy *alkalmazkodást* igényel az is, hogy az éjszakai alvás többször megszakítódik, és leginkább az, hogy egy kisbabáról kell felelősen éjjel-nappal gondoskodni.

Csak az visz előre, ha ahhoz alkalmazkodik a pár/család, ami van. Ez a változás ideje. A *gyermekágy az erőre kapás időszaka, de annak az időszaka is, hogy az anya valóban tudomásul vegye és elfogadja a változást, és erőre kapjon a változásban.*

Érdemes felhívni az anya és a róla gondoskodók figyelmét az anyai igények és a csecsemő igényeinek párhuzamáról:

- anya és gyermeke érzéseinek elfogadása;
- anya és gyermeke egyformán fontosak;
- anya és gyermeke szeretve és megtartva vannak;
- anya és gyermeke etetve vannak;
- anya és gyermeke sokat pihennek, alszanak;
- elvárásmentes jelenlét attól, aki segít (partner, szülő, más segítő).

Várható témák, amelyek a gyermekágyast foglalkoztatják (elvárások-valóság)

- Saját szüléstörténete (mi történt? miért úgy történt? hogyan kellett volna történnie? stb.).
- Szereti-e a gyermekét? Mennyire szereti? Hogyan kellene szeretni? (A 6. hét végére cseng le, a külső elvárások nehezítik. Ha tovább gyűrűzik a nehézség, az jelzés lehet a depresszió kialakulására.)
- Ellátok-e mindent? (Saját maga és a csecsemő gondozása.)
- Testi változások (fókuszban: has és mellek).

A szülés után sohasem lesz úgy, mint előtte volt. Minden veszteségélmény gyászmunkával jár. A szülés után *minden anya gyászol valamit.* Valami elmúlt, ami többé nem hozható vissza (lánysága, függetlensége, döntésének megmásíthatatlansága, gondtalansága stb.).

Minden anyában meg kell hogy szülessen a határozott „igen” válasz arra a kérdésre, hogy *„Életben tudom-e tartani a gyermekem?”* Ez időt és tapasztalatot igényel, és komoly érzelmi igénybevételt jelent. Az újszülött/csecsemő táplálása köré gyakran rendeződnek ezek a kérdések. Az anya empatikus, figyelmes meghallgatása lehetőséget nyújt arra, hogy az első halálra szoptatási problémának hangzó kérdések háttérében meghalljuk az anyai bizonytalanságra utaló jeleket. Az adekvát segítség támogatja a kizárólagos anyatejes táplálás esélyét rövid és hosszú távon is.

A fent felsorolt témák a normál gyermekágy lelki történéseihez kapcsolódnak, kellő támogatás mellett az anyák többsége kisebb-nagyobb segítséggel megoldja. A primer prevenció fontos részét képezi az elhúzódó, vagy az átlagnál intenzívebb mértékű baby blues tüneteinek észlelése és figyelmes nyomon követése, hiszen előrejelzője lehet egy induló *bipoláris depressziós* kórképnek.

A poszttraumás stressz szindróma mint krízisállapot prevenció és intervenció teendői

- A PTSD tüneteinek felismerése, egyéb hangulati zavaroktól való elkülönítése.

- Az anya traumatikus szülésélmény-beszámolójának empatikus meghallgatása, az anya megtartása ebben a helyzetben.
- A családtagok felvilágosítása a PTSD tüneteiről, kialakulásának okairól.
- Amennyiben szükséges, pszichoterápiás segítség javallása.

A szakemberek prevenció feladatköre a PTSD kialakulásának megelőzésében a szülés körüli szakellátással való együttműködés mentén képzelhető el. *A traumatikus szülésélmény megelőzése minden szereplő alapvető feladata.* Fontos szerepet játszanak ebben a folyamatban a szülésre való felkészítésben részt vevő személyek, a szülőszoba közvetlen szereplői, és a gyermekágyat támogató szakszemélyzet is. Mivel a PTSD negatív irányba befolyásolja a szülők újabb gyermek vállalására való hajlandóságát, így ennek megakadályozása társadalmi szinten is jelentős feladat.

A post partum depresszió mint krízisállapot prevenció és intervenció teendői

- Az anya kóros hangulatzavarának felismerése.
- Az anyában és a családtagokban a betegségtudat és -belátás kialakítása.
- Elirányítás a szakellátásba a betegség súlyosságának megfelelően.

A depresszió gyanújelei:

- az anya/családtag folyamatos fáradtságra panaszkodik, enervált;
- arra panaszkodik, hogy ő „rossz anya, aki arra is képtelen, hogy ellássa gyermekét”, „a gyermeke megsínyli az ő tehetetlenségét”;
- nincs betegségtudata, ezért fokozódik a feszültség a külső elvárások és a belső tehetetlenség között.

A védőnő legfontosabb feladata a depressziós anya kiszűrése és a szakellátásba való eljuttatása a család támogatásával (pszichoterápiás és/vagy gyógyszeres kezelés megkezdése, súlyos esetben kórházi kezelésre is sor kerülhet).

A post partum pszichózis mint krízishelyzet prevenció és intervenció teendői

- Megelőzés, szűrés, lehetőleg a várandósság idején.
- Felvilágosítás, tanácsadás.
- A „kiszűrt” anyákkal megkezdni a szülés előtt, és folytatni a szülés után a támogató pszichoterápiát, szükség esetén a gyógyszeres kezelést.
- Betegségtudat, betegségbelátás kialakítása, fokozott figyelem.

Amennyiben az alapellátás vagy szakellátás résztvevői post partum pszichózis kórképével találkoznak, legalább akkora figyelmet kell szentelniük a beteg családjának, mint magának a betegnek. A betegségtudat kialakítása a beteg családjában fokozott figyelmet igényel, bevonásuk a gondozás és gyógyítás folyamatába alapvető jelentőségű egy újabb pszichotikus epizód megelőzésében.

Megfelelő gyógyszerek már néhány nap vagy hét alatt tünetmentessé teszik az anyát. A betegség feltétlenül gyógyszeres terápiát, súlyosabb esetben kórházi kezelést igényel. A gyógyszerek rendszeres szedéséhez ugyancsak érdemes a családi támogatást is bevonni.

XX/2.5 Hitek, tévhitek

„A depressziós anyát biztassuk arra, hogy örüljön egészséges, szép kisbabájának és anyaságának, és inkább erre koncentráljon a nehéz gondolatok helyett.”

Tartózkodjunk attól, hogy erre biztassuk az édesanyát, hiszen éppen erre nem képes. Ez betegségének vezető tünete. Mondjuk el a hozzátartozóknak, hogy ők se biztassák erre, mert ezzel csak büntudatot keltünk az anyában, ami tovább növeli a feszültséget.

„A depresszív, szomorkás állapotok maguktól rendeződnek.”

A szülés utáni depresszió nem rendeződik magától. A depresszió enyhébb formái valóban halványulhatnak a csecsemő fél-, 1 éves kora körül, illetve a szoptatás abbamaradásával, ám a depressziós anyák gyermekei az első hat hónap során is súlyos sérüléseket szenvednek kötődésükben és érzelmi fejlődésükben. A depressziós anya lelki világát nehéz gondolatai és szorongásai töltik ki, nem marad lélektani tér a csecsemő számára, így a gyermek olyan érzelmi megvonásban részesül, amely hosszú távon hátrányosan hat érzelmi és szociális fejlődésére.

XX/3. AJÁNLOTT SZAKIRODALOM

A szülésre, szülőségre való felkészülés témakörében

- Armstrong, P., Feldman, S. (1995) *A szülés művészete*. Alternatal, Budapest.
- Bálint S. (1991) A természetes szülés hipotézise. *Lege Artis Medicinae*, 1991, 1 (3), pp. 174–179.
- Bonaro, D. B., Davis, E. (2011) *Orgazmikus szülés – Útmutató a biztonságos, élvezetes és örömteli szülésélményhez*. Jaffa Kiadó, Budapest.
- Frigyes, J. (2002) Milyen érzés lehet megszületni? *Bábák, szülésznők*, 2002. november, I/1. szám.
- Gaskin, I. M. (2009) *Útmutató a szüléshez*. Jaffa Kiadó, Budapest.
- Kitzinger, S. (2008) *A szülés árnyékában: Katarzis vagy krízis?* Alternatal, Budapest.
- Leboyer, F. (2002) *Szülés gyöngéden*. Cartaphilus Kiadó, Budapest.
- Molnár J. (2004) *Világra jönni, világra hozni. Szellemi ösvények az új évezredben*. Cédrus Kiadó, Budapest.
- Varga, K., Suhai-Hodász, G. (2002) *Szülés és születés lélektanon innen és túl*. Pólya Kiadó, Budapest.
- Varga, K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy, E., Demetrovics, Zs., Pilling, J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 449–476.
- Stadelmann, I. (2002) *A bába válaszol*. Cartaphilus Kiadó, Budapest.

Apa és testvér szerepe az újszülött fogadásában

- Andrek, A., Léder, L. (2012) *Apa-füzet*. Három Királyfi, Három Királylány Mozgalom, Budapest.
- Friedman, R. C., Downey, J. I. (2003) *Férfiasság és szexualitás – Válogatás a férfi pszichológia témakörében (Az apaság szerepe az én átalakításában: lépések a férfiak új pszichológiája felé)*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, pp. 89–113.
- Katz, S., Krulik, T. (1999) Fathers of Children With Chronic Illness: Do They Differ From Fathers of Healthy Children? *Journal of Family Nursing*, 1999, 5, p. 292.
- Kende, H. (2009) *A kismimzett férfinem*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Keveházi, K. (2010) *Apa is csak egy van – JÖL-LÉT Alapítvány*, Budapest.
- Ortner, S. B. (2003) *Nő és férfi, avagy természet és kultúra?* In: Biczó Gábor (szerk.) *Antropológiai irányzatok a második világháború után*. Csokonai Kiadó, Debrecen, pp. 195–212.
- Rohr, R. (2004) *A férfi útja I–II.*, Ursus Libris Kiadó, Budapest.

XX/4. CSECSEMŐTÁPLÁLÁSSAL KAPCSOLATOS FOGALMAK¹³⁹

Kizárólagos szoptatás: A csecsemő kizárólag szopik (az édesanyjától, szoptatós dajkától vagy örökbefogadó anyjától). Ez a definíció megengedi orális rehidráció folyadék, vitaminok, ásványi anyagok, valamint gyógyszerek csepp és szirup formában történő adását, de ezen kívül semmi más.

Kizárólagos anyatejes táplálás: A csecsemő anyatejet – beleértve a saját anya lefejt tejét és idegen női tejet – kap. Ez a definíció megengedi orális rehidráció folyadék, vitaminok, ásványi anyagok és gyógyszerek csepp és szirup formában történő adását, de ezen kívül semmi más.

Szoptatás folyadékkiegészítéssel: A kizárólagos szoptatás definíciójától abban különbözik, hogy orális rehidráció folyadék, vitaminok, ásványi anyagok és gyógyszerek csepp és szirup formában történő adásán túl folyadék (víz, víz alapú italok, gyümölcsle) adását is megengedi, de ezen kívül semmi egyebet (tápszer, nem humán tejek, étel alapú folyadékok).

Pótlás: A szoptatás, illetve anyatejes táplálás kiegészítése nem humán tej alapú táplálással (anyatej-helyettesítő vagy -követő tápszerrel, nem humán tejjel). A pótlás történhet úgy, hogy a csecsemő azt közvetlenül szoptatás után vagy szoptatás közben kapja, illetve úgy is, hogy az etetési alkalmak egy részében csak szoptatás történik, más részében pedig csak pótlás.

Hozzátáplálás, kiegészítő táplálás:

1. ESPGHAN (Európai Gyermekek Gasztroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozástudományi Társaság) szerinti értelmezés: A szilárd és folyékony ételek adását jelenti az anyatej, anyatej-helyettesítő és -követő tápszeren kívül, függetlenül attól, hogy milyen életkorban kapja a csecsemő. (Az irányelvben ezt a definíciót javasoljuk a jelenlegi hazai gyakorlatnak megfelelően.)

2. WHO szerinti értelmezés: Minden étel, ami nem anyatej.¹⁴⁰

Vegyes (kevert) táplálás: Anyatej mellett minden egyéb – tápszer, nem humán tej és szilárd ételek – adása. Kevert táplálásról csak abban az esetben beszélhetünk, ha a táplálék valamennyi anyatejet is tartalmaz. Ez a definíció nem veszi figyelembe, hogy a 24 órás táplálékban milyen az anyatej aránya. A kevert táplálás esetén az anyatej aránya szerint javasolt felosztás: a bevitt táplálék több mint 80%-a, 20-80%-a, illetve kevesebb mint 20%-a anyatej (Lawrence).

Mesterséges táplálás: A csecsemő egyáltalán nem kap anyatejet, hanem egyéb étellel vagy folyadékkal táplálják, beleértve a tápszert, nem humán tejet is.

Tápszerek: Emberi fogyasztásra szolgáló, szigorúan meghatározott minőségi és higiénés követelményeknek megfelelő, különleges gyártási eljárásokkal, iparilag előállított, állandó összetételű, élelmezésre használt anyagkeverékek vagy készítmények.¹⁴¹

139 WHO (2007) Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Conclusions of a Consensus Meeting held 6–8 November in Washington, D.C., USA

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf (Letöltve: 2013. nov. 4.)

140 ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni, C. et al. (2008) Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46, pp. 99–110.

141 WHO, FAO: Codex Alimentarius International Food Standards, <http://www.codexalimentarius.org/> (letöltve 2013. nov. 9.).

Szilárd (szolid) táplálékok: A nemzetközi irodalom „szolid” néven foglalja össze az anyatej és a tápszereken kívüli egyéb, nem folyékony táplálékokat, amelyek állaga lehet folyékony pépes, pépes és darabos.

Előtej (kolosztrum): A várandósság idején és a szülés utáni 1. élethéten termelt sárgás, sűrű, alkalikus folyadék, mely immunanyagokban gazdag, és az érett anyatejjel összehasonlítva több fehérjét, zsírban oldódó vitamint és ásványi anyagot, valamint kevesebb zsírt és szénhidrátot tartalmaz.

Átmeneti tej: A tejbelövellés után az érett tej megjelenéséig (kb. 10-14. nap) termelődő, összetételében a kolosztrumtól¹⁴² és az érett tejtől is különböző tej.¹⁴³

Érett tej: A szülés utáni 10-14. naptól termelődő tej.

Első tej (foremilk): A teli mellből a szoptatás elején, a tejáramlás megindulását követő percekben ürülő, hígabb, vízben és tejcukorban gazdag tej.

Hátsó tej (hindmilk): A mellkiürülés második szakaszában ürülő tej, mely a mell kiürítésének előrehaladtával zsírtartalmában folyamatosan növekszik.

Szopás időtartama: Az az időtartam, ami alatt a csecsemő valamennyi anyatejet kap, a szoptatás elkezdésétől a megszűnéséig.

Szopási igény (szopási szükséglet): A csecsemő veleszületett szükséglete arra, hogy szopjon. Magába foglalja a nutritív és a nem nutritív szopási igényt, ami kezdetben igen intenzív, majd lassan, fokozatosan csökken, miközben időszakosan (növekedési ugrások) fokozódhat.

Nutritív szopás: A szopás „táplálkozási célú” része. A nutritív szopás definíciója, hogy legalább 5 ml tej átvitele megtörténik. Érett, jól szopó csecsemőnél a szoptatás azon fázisát értjük alatta, amikor a csecsemő intenzíven szív-nyel (a szívás-nyelés aránya 1:1, 2:1), és a tejáramlás folyamatos.

Nem nutritív szopás: A szopás táplálékátvitel nélkül történik. A csecsemő a szájába helyezett tárgyat, például az ujjat vagy az anya mellét szopja (szopás kezdete, koraszülötteknél a szoptatásra való áttérés kezdetén szopás az anya előzőleg kiürített melléből), cumizás.

Komfortszopás: A szopás nem „táplálkozási célú” része. Szopómozgások és pihenési periódusok váltják egymást, a tejtávitel általában minimális.

Igényt szerinti szoptatás: A csecsemő mindig mellre kerül, amikor szopás iránti igényét jelzi (korai éhségjelek). A szoptatások idejét és időtartamát a gyermek igényei irányítják (illetve bizonyos esetekben az anyáé is), nincsen két szoptatás közt betartandó minimális időtartam, nincs a szoptatásnak maximalizált időtartama, nincs előírva, mennyit kell ennie a gyermeknek egy-egy alkalommal.

Szoptatási szünet: A szoptatás átmeneti felfüggesztése.

Szopási sztrájk: A csecsemő azután, hogy hosszú ideig jól szopott, egyik napról a másikra részben vagy teljesen elutasítja a mellet. Nem azonos az elválasztódással!

Elválasztás: A szoptatás – fokozatos vagy hirtelen – befejezése az anya kezdeményezésére.

Elválasztódás: A gyermek a szopási igényének kinövésével fokozatosan elhagyja a szopást.

Tandemszoptatás: Két, különböző életkorú testvér egyidejű szoptatása.

142 Riordan, J. Wambach, K. (2010) *Breastfeeding and Human Lactation*. Jones and Bartlett Publishers, Inc., Sudbury, MA.

143 Lawrence R.A. (2011) *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 7th ed. Mosby Inc., Maryland Heights, Missouri.

XX/5. ÚTMUTATÓ PERINATÁLIS VESZTESÉG ESETÉN

Szemelvények a Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelveiből a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során¹⁴⁴

A halál tényének közlése

- Információt mindig humánus módon, nyugodt környezetben, támogató hozzátartozó jelenlétében adjunk. Teremtsük meg a személyes, biztonságos és zavartalan környezetben történő beszélgetés feltételeit.
- Gondoljunk arra, hogy ez a közlés hosszú távon meghatározza a szülői gyászt. Készüljünk fel arra, hogy hogyan lehet „jól” megoldani a rossz hír közlését.
- Teremtsünk elég időt az információk közlésére, ne rohanjunk.
- Győződjünk meg arról, hogy a szülők az adott felvilágosítást, tájékoztatást pontosan megértették.
- Tapasztalatok szerint leginkább az orvos hideg, közönyös viselkedése vált ki a szülőkben negatív érzéseket. Ezért ne legyünk hivatalosak, távolságtartók.
 - Az orvos legyen tisztában saját érzéseivel, tudja ezeket kontrollálni. Vegye észre, ha túlságosan involválódik a helyzetben; ez megakadályozza a hatékony segítségnyújtást.
- A gyermekhalál emberi és szakmai szempontok szerint is többszörösen terhelt helyzetében tudatosan kerüljük a személyzet részéről megnyilvánuló tipikus „rossz” reakciókat:
 - „agyonhallgatás”, a gyászoló anyával a történekről való beszélgetés kerülése;
 - menekülés a helyzettől;
 - érzések, indulatok kivetítése;
 - a realitás tagadása, „meg nem történtté” tevés lelki mechanizmusa;
 - a szülők esetleges agresszív megnyilvánulására agresszív reagálás.
- A tragédia közlése után ne hagyjuk magára az anyát, a párt.
- A szülés megindításig – igény szerint – tegyük lehetővé a hazamenetelt. Ez hatékonyan tudja csökkenteni a szülőknél a pszichés krízist, hiszen saját környezetükben tudnak felkészülni az indukcióra. A szülést azonban 24 órán belül meg kell indítani!

Teendők a szülőszobán

- Amennyiben az anya igényli, legközelebbi hozzátartozója a nap 24 órájában, a szülőszobán is lehessen mellette.
- A szülők személyiségéhez igazodva támogassuk, de ne erőltessük a halott gyermekkel való találkozást. Ajánljuk fel, hogy a szülők nézzék meg, érintsék meg, vegyék kézbe meghalt gyermeküket. Amennyiben megoldható, adjunk róla fényképet.
- A halott gyermeket megmosdatva, letörölgetve, takaróba burkolva mutassuk meg a szülőknél.

¹⁴⁴ A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során (2010) *Hivatalos Értesítő* 2010. évi 104. szám 15255. Készítette a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

- Torz magzat vagy látható, súlyos sérülésekkel született halott gyermek esetében ne ajánljuk föl a halott megnézését, kézbe vételét. Amennyiben a szülők ehhez mégis ragaszkodnak, a tetem megmutatásakor emeljük ki, hangsúlyozzuk az ép részeket.
- Mivel ez egy különösen szenzitív periódus, a személyzet jelenlétével segítse a szülőket a halott gyermekkel való találkozás során. Emberi és szakmai odafigyeléssel támogassuk őket az elválás, a búcsúvétel perceiben.
- Ajánljuk fel és tegyük lehetővé a halott gyermektől való búcsúvételt.
- A halott gyermekkel való találkozás érdekében a halott gyermeket a szülőszobán helyezzük el mindaddig, amíg az anya is a szülőszobán tartózkodik. A sok állapotában sok anya elutasítja ezt a lehetőséget, de később mégis szeretné igénybe venni.
- Tudnunk kell, hogy a halott gyermekkel töltött idő nagyon tág határok között mozog. Az igényelt idő a gyermek születési súlyával együtt nő. A szülők által igényelt idő nagyon fontos tényező. Később a gyász során azoknál a szülőknél találtak magasabb szorongásértéket, akik több időt szerettek volna a halott gyermekkel együtt lenni, mint amit az intézmény biztosított a számukra.
- A pszichés krízisben a nő döntését, miszerint szeretné vagy nem szeretné látni halott gyermekét, személyiségtényezők határozzák meg. Ezt a döntését segítőként tiszteletben kell tartanunk!

Teendők a gyermekágyas kórházi ellátását végző osztályon

- A gyászoló anyának biztosítsunk megfelelő körtermet, semmiképp ne helyezzük a gyermekágyas osztály többi gondozottja közé!
- Intézzük az ablaktálással járó teendőket.
- Válaszoljunk részletesen a halállal, a boncolással, a következő várandóssággal kapcsolatos kérdéseire.
- Adjunk tájékoztatást az érvényes jogszabályban megfogalmazott lehetőségekről! A temetés intézése esetén fontos különbséget tenni vetélés, késői magzati halálozás, valamint koraszülött és újszülött halálozás között. Vetélés (korai, illetve középidős magzati halálozás) esetén az abortum temetéséről a szülők kifejezett kérésére (pl.: vallási nézetek vagy pszichés tényezők fennállása esetén) külön engedéllyel a szülészeti-nőgyógyászati osztály vezetőjének jóváhagyása mellett, temetkezési vállalkozón keresztül a temetés lehetőségét biztosítani kell.
- Hívjuk fel a szülők figyelmét arra, hogy a temetési szándékukat még a fetopatológiai vizsgálatot megelőzően jelezzék az orvos felé! Késői magzati halálozás esetén a magzat temetéséről dönthetnek a szülők, de erre nem kötelezhetők. Erről a szülők írásos nyilatkozata szükséges, abban az esetben is, ha nem kívánnak a temetésről gondoskodni. Koraszülött vagy újszülött halála esetén a gyermekről születési és halotti anyakönyvi kivonatot állít ki a születés, illetve halálozás helye szerint illetékes önkormányzat. A gyermek temetéséről ebben az esetben a szülő köteles gondoskodni. A temetéshez a lakhely szerinti önkormányzatnál lehet anyagi segítséget kérni (temetési segély). Amennyiben a szülők jövedelmi helyzetük miatt nem tudnak a temetésről gondoskodni, végső esetben a halálozás helye szerinti önkormányzatnál köztemetés

is kérvényezhető. A jogosultságot a lakóhely szerint illetékes önkormányzat vizsgálja, feltételeit saját rendeletében szabályozza; jogosulatlan igénybevétel esetén az összeget a családdal visszafizettetik.

- Ismételt beszélgetések során győződjünk meg arról, hogy a szülők az adott felvilágosítást, tájékoztatást helyesen értették-e!
- Legyünk gondoskodók, empátikusak! Ne legyünk hivatalosak!
- Az intézményben töltött idő alatt támogassuk a családtól, barátoktól jött érzelmi segítséget! Tegyük lehetővé, hogy a gyászoló anyát hozzátartozói igény szerint látogathassák. Amennyiben az anya igényli, legközelebbi hozzátartozója a nap 24 órájában lehessen mellette.
- Segítsünk a szülőknek a gyász kezelésében. Beszéljünk nyíltan a temetésről, a gyászfolyamatról, az önvád, a büntudat kérdéséről. Támogassuk a saját temetés, búcsúszertartás vállalását.
- Segítsünk megtervezni a családtagokkal, idősebb gyermekkel való találkozást, a történekről szóló beszélgetést.
- Támogassuk a szülőket abban, hogy hagyjanak maguknak időt a meghalt gyermek elgyászolására. A tapasztalatok szerint egy év elteltével már kedvezőek a lelki és testi feltételek egy új gyermek kihordására és megszületésére. A gyermekhalál után gyorsan vállalt újabb várandósság alatt kórosan magas lehet az anyai szorongás, a depresszió, gyakrabban fordul elő poszttraumás stressz zavar (PTSD) – ez a magzat számára is káros. Semmiképp ne tanácsoljuk a gyors teherbeesést!
- Hazabocsátás előtt a pszichés állapotot is mérlegeljük. Szükség szerint pszichológust is vonjunk be a döntési folyamatba.
- Hazabocsátáskor adjuk át a szülőknek a halott gyermek megismételhetlenségének, létének, korai halálának tárgyi bizonyítékait – a szülők igénye és az intézmény által megoldható és elfogadott keretek szerint. Ilyen tárgyi emlék lehet a meghalt újszülött újszülöttlapja, köldökcsatja, nevével ellátott karszalagja, hajtincse, kéz- és lábnyomata, fényképe stb.
- Ismertessük, hogy szükség szerint hol, milyen szakszolgálaton, kitől kérhetnek segítséget, milyen önkéntes, internetes fórumon tájékozódhatnak. Jelentősen nő a szülők biztonságérzete, elégedettsége, ha már az intézményben találkoznak hivatásos segítőtvel, ha kapnak emléket a gyermekről, magyarázó kiadványt a történekről, és el tudtak búcsúzni a halott gyermektől.
- Hazabocsátást követően is legyünk elérhetőek! Legalább 1-2 hónapig tartó utógondozás ajánlott.
- Társadalmunkban a halottkultusz hagyományai lehetőséget biztosítanak a gyászolóknak érzelmi megélésére, a közösséggel való megosztására. Különös gondot kell fordítanunk azokra a gyászoló anyákra, akiknek erre nincs lehetősége, mert nem kapcsolatban élnek, akiket segítő család nem vesz körül.
- Fokozott gondozást biztosítsunk a veszteséget követő várandósság alatt is.

XXI. FELHASZNÁLT ÉS AJÁNLOTT IRODALOM

- Academy of Breastfeeding medicine (2011) Educational Objectives and Skills for the Physician with Respect to Breastfeeding. *Breastfeed Medicine*, 2, 99–105.
- Agostoni, C. et al. (2008) Preparation and Handling of Powered Infant Formula: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology*, 39, pp. 320–322.; Lee, A. et al. (2012) *Infant Feeding Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Australia, pp. 73–82.
http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n56_infant_feeding_guidelines.pdf (Letöltve: 2013. nov. 12.).
- Andrek, A. (1995) *Várandós apák – Első gyermeküket váró apák pszichológiai vizsgálata*. Szakdolgozat, ELTE BTK Kísérleti Pszichológiai Tanszék, Budapest.
- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során (2010) *Hivatalos Értesítő* 2010. évi 104. szám 15255. Készítette a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja: Az egészséges csecsemő (0–12 hónap). Készítette a Védőnői Szakmai Kollégium. *Egészségügyi Közlöny* 2010, 104, 15277–15304.
- Antoni, G. et al (2010) *Helyi Óvodai Nevelési Program*. Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének Gyakorló Óvodája, Általános Iskolája, Kollégiuma. Előkészítő Iskolája és Egységes Konduktív Módszertani Intézete
- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K. (2008) Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: Current Issues and Recommendations for Future Research. *Journal for Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29, 240–250.
- Bailham, D., Joseph, S. (2003) Post-Traumatic Stress Following Childbirth: A Review of the Emerging Literature and Directions for Research and Practice. *Psychology and Health Medicine*, 8, 159–168.
- Bailham, D., Joseph, S. (2003) Post-Traumatic Stress Following Childbirth: A Review of the Emerging Literature and Directions for Research and Practice. *Psychology and Health Medicine*, 8, pp. 159–168.
- Ball, D. (2005) *Harc egy gyermekért*. Geopen Kvk., Budapest
- Bán Istvánné et al. (2012) *Módszertani kiadványok II. Örök befogadás, örökbefogadás*. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest, p. 41.
- Bessel, A, Saporta, K, Saporta, J. (1991) The Biological Response to Psychic Trauma: Mechanisms and Treatment of Intrusion and Numbing. *Anxiety Research*, 4, 199–212.
- Bigelow, B.J. (2006) There s an elephant in the room: The impact of early poverty and neglect on intelligence and common learning disorders in children, adolescents, and their parents. *Developmental Disabilities Bulletin*. 34 (1), 177-215.
- Boda, M., Sulyok, E. (2006) *Gyermekgyógyászat*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2006., pp. 287.
- Bowlby, J. (2009) *A biztos bázis: A kötődés-elmélet klinikai alkalmazásai*. Animula, Budapest
- Brami, É. (2013) *Babazseb*. Csimota, Budapest
- Breastfeeding, Part II. (2001) *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48 (2), 295.
- Buckly, S. (2005) Pain in Labor: Your Hormones Are Your Helpers.
<http://www.sarahjbuckley.com/articles/labour-hormones.htm>; (Letöltve: 2013. nov. 9.)
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. (1998) *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, pp. 398–405
- Chugani, H. T. et al. (2001) Local Brain Functional Activity Following Early Deprivation: A Study of Postinstitutionalized Romanian Orphans. *Neuroimage*, 14, 1290–1301.
- Czeizel, B. (2009) A kora gyermekkori intervenció múltja, jelenje és remélt jövője. *Gyógypedagógiai szemle*, 37, 153–160.
- Csepeli, Á. (2006) *Mit kell tudni az örökbefogadásról*. Fővárosi Jegyzők Egyesülete, Budapest
- Davenport, M. L. (1988) *Prenatal and perinatal psychology: implications for birth attendants*. In: Fedor-Freyberg, P., Vogel, M. L. V. (szerk.): *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Encounter with the Unborn*. Partheon, Carnforth. 381-390.
- Dowling, T. (2004) Praenatale Einflüsse auf die frühe Mutter-Kind Beziehung: Auswirkung auf die Beckenspannung des Kindes. In: Janus, L. (szerk.) *Praenatale Psychologie und Psychotherapie*. Mattes Verlag, 191–205.
- Edmondson, O. J. H. et al. (2010) Depression in Fathers in the Postnatal Period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a Screening Measure. *Journal of Affective Disorders*, p. 125, pp. 365–368.
- ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni, C. et al. (2008) Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46, pp. 99–110.
- Evidence for the steps succesful breastfeeding* (1998), World Health Organization Genova
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).
- Fleischer Michaelsen, K. et al. (2003) *Feeding and Nutrition of Infants and Young Children*. WHO Regional Publication, European Region, pp. 152–155.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf (Letöltve: 2013. nov. 10.).
- Fonyó, A. (2005) *Élettan gyógyszerészhallgatók részére*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

- Gál, A. et al. (2011) *Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása*. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet
- Gaskin, I. M. (2010) *Útmutató a szoptatáshoz*. Jaffa, Budapest
- Gordon, T. (1991) *P.E.T. A szülői eredményesség tanulása*. Gondolat, Budapest, pp. 51–70.
<http://szdne.hu/letoltesek/SzuloiEredmenyessegiTrening.pdf> (Letöltve: 2013. okt. 6.).
- Harjáné, B. É. (1999) Koraszülöttség a társadalom periferiáján. In: Raffai, J. (szerk.) *Várandósság, születés és gyermeknevelés a Magyarországi kultúrákban*. MPPPOT Kongresszusi Tanulmánykötet. Animula Kiadó, Budapest, pp. 129–143.
- Herzog-Isler, C. (2005) *Kérlek, légy egy kis türelemmel: útmutató az ajak- és szájpadhasadékos gyermekek szoptatásához*. Gäber Pharma, Budapest
- Herczog, M. (2008) A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas, K., Köllő, J., Varga, J. (szerk.) *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest, pp. 33–52.
- Hidas Gy., Raffai, J., Vollner, J. (2010) *Lelki köldökzsinór – Beszélgetek a kisbabámmal*. Helikon Kiadó, Budapest.
- Hobbs, K., Bramwell, R., May, K. (1999) Sexuality, Sexual Behaviour and Pregnancy. *Sexual and Marital Therapy*, 14 (4), pp. 371–383.
- Jaakola, J.J.K., Gissler, M. (2004): Maternal Smoking in Pregnancy, Fetal Development, and Childhood Asthma. *American Journal of Public Health*. 94(1), 136-141.
- Jacobson, B. et al. (1990) Opiate Addiction in Adult Offspring through Possible Imprinting after Obstetric Treatment. *British Medical Journal*, 301, 1067–1070.
- Jernberg, M. (1988) Promoting Prenatal and Perinatal Mother-Child Bonding: Psychotherapeutic Assessment of Parental Attitudes. In: Fedor-Freybergh, P., Vogel, M. (eds.) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Encounter with the Unborn*. Partheon, Cranforth, pp. 253–267.
- Kalányosné, L. J. (1999) Terhesség és gyermekágy az őcsényi (Tolna megye) beás cigányoknál. In: Raffai J. (szerk.) *Várandósság, szülés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban*, MPPPOT Kongresszusi Tanulmánykötet, pp. 151–159.
- Kaufman, J. et al. (2000) Effects of Early Adverse Experiences on Brain Structure and Function: Clinical Implications. *Biological Psychiatry*, 48, 778–790.
- Keenan, S. (2008) Listening to Pregnancy Dreams: Towards a Jungian Inner Map of Pregnancy, Lactation, Weaning and Post-Weaning. *Women and Birth*. 21 (3), pp. 127–132.
- Keller, W. D., Hildebrandt, K. A., Richards, M. E. (1985) Effects of Extended Father-Infant Contact during the Neonatal Period. *Infant Behavior and Development*, 8, pp. 337–350.
- Kereki, J. (2013) *A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei*. Gyógypedagógiai Szemle, 61. évfolyam, 1. sz., pp. 23–38.
- 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_Zarotanulmany_KORINT.pdf
- Kereki, J. (2014) *Majdkinövi(?) – Akoragyermekkori intervenció rendszerésakorai fejlesztés*, TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001, Koragyermekkori (0-7 év) program, VI. elemi projekt, GYEMSZI.
- Kézikönyv a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók számára a gyermekekkel szembeni rossz bánásmóddal kapcsolatos esetek ellátásához és kezeléséhez* (2006) Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Budapest, p. 14.
- King, S. et al. (2009) Prenatal Maternal Stress from a Natural Disaster Predicts dermatoglyphic Asymmetry in Humans. *Developmental Psychopathology*, 21, 343–353.
- Kitzinger, S. (2008) *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis*. Alternatal, Budapest.
- Klein, H. (1991) Couvade Syndrome: Male counterpart to Pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21 (1), pp. 57–69.
- Kun, J. (2006) *Bizonyítékok „A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés”-hez*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, pp. 6–8. http://www.szoptatasert.hu/sites/default/files/Bizonyitekok_a_tiz_lepeshez_SZTNB.pdf (Letöltve: 2013. okt. 17.).
- Lampé, L. (2006) *Szülész női könyve*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 256–258.
- Lawrence, R. A. (1982) Practices and Attitudes toward Breast-feeding among Medical Professionals. *Pediatrics*, 70(6): 912–920.; Popkin, B. M., Yamamoto, M. E., Griffin, C. C. (1985) Breast-feeding In the Philippines: The Role of The Health Sector. *Journal of Biosocial Science*, Supplement 9: 99–125.
- Lee, A. et al (2012) *Infant Feeding Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Australia, pp. 55–57. http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n56_infant_feeding_guidelines.pdf (Letöltve: 2013. nov. 12.).
- Leibnitz, C. (1991) *Die Veränderung der Partnerbeziehung (Schwerpunkt: Sexualität) durch die Geburt des ersten Kindes aus der Sicht des Mannes*. Universität Wien, Bécs.
- Lorenz, S. (1993) *Wie das Seelenleben des Kindes schon im Mutterleib geformt wird: die vorgeburtliche Kommunikation zwischen Mutter und Kind und ihre Bedeutung für die psychische Entwicklung des Kindes*. Hänssel-Hohenhausen, Egelsbach

- Losonczy, Á. (1991) *Az új élet kihordása, szülés, születés*. In: Hanák, K. (szerk.) *Terhesség – szülés – születés*, II. kötet, MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest. 5-39.
- Maguire Pavao, J. (2012) *Az örökbefogadás háromszöge*. Mózeskosár Egyesület, Budapest
- Mayberry, L. J., Clemmens, D., De, A. (2002) Epidural Analgesia Side Effects, Co-interventions, and Care of Women during Childbirth: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), 81–93.
- Molnár, E., Füredi, J., Papp, Z. (2006) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Müller, M. E. (1996) Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation. *Journal of Obstetrical Gynecology and Neonatal Nursing*. 25 (2), pp. 161–166; Siddiqui, A., Haegglof, B. (2000) Does Maternal Prenatal Attachment Predict Postnatal Mother-Infant Interaction? *Early Human Development*. 59 (1), pp. 13–25.
- NEFMI szakmai protokoll a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülöttellátásban. Védőnői Szakmai Kollégium (Hatályos: 2011. december 1.)
- Nicolson, P. (1998) *Post-natal depression: psychology, science, and the transition to motherhood*. Routledge, New York
- Nisha, S., Uma, S., Vineeta, S. (2009) Role of Newer Drug Cabergolin in Lactation Suppression as Compared to Estrogen-Androgen Combination. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 59, pp. 152–155.; Oladapo, O. T., Fawole, B. (2012) Treatments for Suppression of Lactation. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, pp. 4–90
- Ónody, S. (2001) Kiegészítő tünetek (burnout-szindróma) kezelési és megelőzési lehetőségei. *Új pedagógiai szemle*, 5, pp. 80–85.
- XIII. Országos Konszenzus Konferencia szakmai anyagai (2013, Zamárdi). Módszertani Gyermekjóléti Szakemberek Országos Egyesülete, p. 20.
http://www.mogyesz.hu/files/konszenzus_kiadv%C3%A1ny_2013.pdf (Letöltve: 2013. dec. 1.)
- Palkovitz, R. (1985) Fathers' Birth Attendance, Early Contact and Extended Contact with their Newborns: A Critical Review. *Child Development*, 56, pp. 392–406; Keller, W. D., Hildebrandt, K. A., Richards, M. E. (1985) Effects of Extended Father-Infant Contact during the Neonatal Period. *Infant Behavior and Development*, 8, pp. 337–350.
- Pevalin, D. J. et al. (2001) Beyond Biology: The Social Context of Prenatal Behavior and Birth Outcomes. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46 (4), 233–239.
- Philipp, B. L. (2010) The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *Breastfeeding Medicine*, 5, 177.; Section Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 3, pp. 827–841.; American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding: Sample hospital breastfeeding policy for newborns.
http://www2.aap.org/breastfeeding/curriculum/documents/pdf/Hospital%20Breastfeeding%20Policy_FINAL.pdf (Letöltve: 2013. nov. 2.)
- Pringle, P. J. et al. (2005) The Influence of Cigarette Smoking on Antenatal Growth, Birth Size, and the Insulin-Like Growth Factor Axis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 90 (5), 2556–2562.
- Ramsay, D. T. et al (2005) Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *Journal of Anatomy*, June 2005, 206(6): 525–534.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7580.2005.00417.x/full> (Letöltve: 2013. okt. 30.)
- Raphael-Leff, J. (2010) *Másállapot – A várandósság pszichológiája*. Háttér Kiadó, Budapest.
- Riordan, J., Wambach, K. (2009) *Breastfeeding and human lactation*. Jones and Barlett Learning LLC., Boston, pp. 96-105.
- Safe Preparation, Storage and Handling of Powdered Infant Formula: Guidelines* (2007) World Health Organization, Switzerland.
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf (Letöltve: 2013. nov. 23.)
- Schellscheidt, J., Jorch, N. G. (1997) Interactions Between Maternal Smoking and Other Prenatal Risk Factors for Sudden Infant Death Syndrome. *Acta Paediatrica*, 86 (8), 857–863.
- Simkin, P. Bolding, A. (2004) Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery and Woman's Health*, 49, 489–504.
- Stadelmann, I. (2007) *A baba válaszol*. Katalizátor Kiadó, Budapest.
- Stern, D. N. (2004) *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Storey, A. E. et al. (2010) Hormonal Correlates of Paternal Responsiveness in New and Expectant Fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21, pp. 79–95.
- Szabóné Kármán, J. (2004) *Családgondozás – krízisintervenció*. Medicina, Budapest
- Szeverényi, P. (1996) *A terhesség pszichológiája*. In: Lampé, L. (szerk.): *Szülészeti-Nőgyógyászati-Pszichoszomatika II*. DOTE Női Klinika Kiadványa, 13/2, 5-21.
- Thaler, I., Goodman, J. D. S., Davies, G. S. (1980) Effects of Maternal Cigarette Smoking on Fetal Breathing and Fetal Movements. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 138, 282–287.
- Török, Sz., Kun, J. (2012) *Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzssanyagához*. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet Budapest

- Varga K., Andrek A., Herczog M. (2011) *A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága*. In: Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási, L. (szerk.): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Biztos Kezdet Kötet I. Budapest 230-282.
- Varga K. (2011) A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66 (3), pp. 508–511.
- Varga, K., Suhai-Hodász, G. (2002) *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Pólya Kiadó, Budapest, pp. 32–34.
- Varga K. (2009) *Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai*. In: Bagdy, E., Demetrovics, Zs., Pilling, J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Vinther, T. (2007) *A szoptatás – hogyan segítsük a sikert*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest
- Vinther, T., Helsing, E. (1997) *Breastfeeding. How to support success*. World Health Organization, Copenhagen
- von Sydow, K. (1999) Sexuality During Pregnancy and After Childbirth: A Metacontent Analysis of 59 Studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (1), pp. 27–49.
- Wilson-Klay, B., Hoover, K. (2008) Alternative Feeding Methods. In: *The Breastfeeding Atlas*, 4th ed., Lact News Press, Manchaca, pp. 107–116.; Riordan, J., Hoover, K. (2010) Perinatal and Intrapartum Care. In: Riordan, J., Wambach, K. (szerk.): *Breastfeeding and Human Lactation*, 4th ed., Jones and Bartlett Publishers, pp. 215–251.
- WHO, FAO: Codex Alimentarius International Food Standards, <http://www.codexalimentarius.org/> (Letöltve 2013. nov. 9.).
- WHO (2007) Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Conclusions of a Consensus Meeting held 6–8 November in Washington, D.C., USA http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf (Letöltve: 2013. nov. 4.)
- W. Ungváry, R. (2012) *A szoptatás kézikönyve*. Sanoma, Budapest

Jogszabályok:

- Magyarország Alaptörvénye, XVI. cikk (1).
1993. III. törvény A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997. évi XXXI. törvény a Gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásáról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. §.
- 15/1998. (IV.30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről
- 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az óvodai nevelés országos alapprogramjáról, 1. melléklet.
- 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §.
2013. V. törvény a polgári törvénykönyvről, 7:72–73. §.

Internetes oldalak:

- <http://fecske.kezenfogva.hu/>
- <http://gezenguz.hu>
- <http://koranerkeztem.hu/>
- http://www.bhrh.hu/hrg_terapia.html
- http://www.bhrh.hu/tsmtI_terapia.html
- <http://www.deveny.hu/>
- <http://www.gyermekalapellatas.hu/>
- <http://www.konduktorok.hu/>
- <http://www.koraszulott.com/fejlesztési-modszerek/389-katona-modszer.html>
- <http://www.mackorendelo.hu/Terapiak-gyerekeknek/deveny-modszer.html>
- <http://www.lil.hu/>
- <http://www.magye.hu/>
- http://www.peto.hu/ovoda/images/sampledata/ovi_pedagogiai_program.pdf
- <http://www.szememfenye.hu>

A kiadvány megjelenését a GYEMSZI és az OTH konzorciumában megvalósuló
TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkor (0–7 év) program biztosította

ISBN 978-615-5502-02-6

Felelős kiadó a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési
Intézet főigazgatója: dr. Ónodi-Szűcs Zoltán
Felelős szerkesztő: dr. Ónodi-Szűcs Zoltán
A műszaki szerkesztés, a borítótervek és a tördelés a Pátria Nyomda Zrt. munkája
A könyv a Pátria Nyomdában készült, 60 példányban Budapesten.
Felelős vezető: Orgován Katalin vezérigazgató