

Regős Judit – Móczár Luca

A perinatális szociális munka szerepe a krízisterhességek gondozásában

A családvédelmi konzulens feladata

*„Keresheted őt, nem leled, hiába,
se itt, se Fokföldön, se Ázsiába,
a múltba sem és a gazdag jövőben
akárki megszülethet már csak ő nem.”*

Kosztolányi Dezső: Halotti beszéd

Betekintő

A várandósság biológiai okait gyakran igen jelentős szociális faktorok befolyásolják. Maga a biológiai állapot nevezhető multidimenzionális jelenségnek, tehát a biológiai elváltozás okainak leírása még nem nyújthat adekvát magyarázatot - a biológiai állapotnak pszichoszociális dimenziói is vannak.

A környezeti, fizikai és biológiai faktorok egyaránt szerepet játszanak egyes krízisállapotok későbbi kialakulásában, azonban az sem elhanyagolható, hogy e hatások a társadalmi összefüggések rendszerében helyezkednek el. Ezért fontos megvizsgálni pl. a krízisterhességeket (pl.: sikertelen terhességek és koraszülések esetén) is a pszichoszociális faktorokat.

Évtizedeket töltöttem a várandósság biopszichoszociális vetületeinek tanulmányozásával. Hét évig a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján dolgoztam családvédelmi konzulensként. Emellett terepgyakorlaton tanulmányoztam Angliában a kórházi szociálismunkát, különös tekintettel a koraszülések és a sikertelen terhességek gondozására.

A szülészeten végzett kórházi szociális munka kiemelkedő szerepéről

Bizonyított tény, hogy az embert körülvevő és a benne élő rendszer elemi kölcsönhatásban van egymással, tehát nem érhetünk el változást az egyik területen anélkül, hogy a változás maga után ne vonná a más területeken bekövetkező változásokat is. Tehát, az egészségügy sem dolgozhat elszigetelten, kizárólag a betegségre koncentrálva. Figyelembe kell vennie a pszichés, szociális és család és szociálpolitikai szempontokat egyaránt. Biztosítani kell a megfelelő szakemberek képzését, működési feltételeit és elérhetőségét.

Ez a szemlélet nem csak emberséges hozzáállás kérdése, de jelentős demográfiai előnyökkel is bír, hiszen a szülő nők jobban, könnyebben regenerálódnak, lényegesen elégedettebbek olyan intézményben, ahol a gyógyító személyzet partnerként viselkedik, és ahol lehetőség nyílik a nem szorosan vett szomatikus problémák megbeszélésére, kezelésére is.

Mindez maga után vonja azt is, hogy az a szülő nő, aki elégedetten távozott a kórházból, később is nagyobb eséllyel fog újabb gyermeket vállalni,

hiszen a pozitív szülés élmény segíteni fogja ebben, így növekedhet a gyermekvállalások száma, ami pozitív hatást gyakorol a demográfiára.

Magyarországon a kórházi szociális munkának alig van hagyománya. Legelőször a pszichiátriai intézmények alkalmaztak szociális problémákkal foglalkozó szakembereket (akik legtöbbször eredetileg nővérek voltak), mert itt volt a legnagyobb a szociális problémák által okozott nyomás.

Szülészeti intézményekben leginkább a védőnőnek van lehetősége ilyen irányú tevékenységet folytatni.

A védőnő feladatköre azonban sajátosan a csecsemőre, a gyermekágyas korszak higiénés és gondozási problémáira irányul.

Előfordul az is, hogy egyetlen kórházi szociális munkás foglalkozik a kórház összes osztályával, így nincsen az egyes osztályoknak a speciális területekre orientált szociális szakembere.

Fontos lenne, hogy a szociális szakemberek gyökereit tudjanak verni az egészségügyi intézményekben, ez nagy haladást jelent a perinatális gondozásban is.

Bio-Pszicho-Szociális szakellátás a szülészet-nőgyógyászat területén

A szülészeteken végzendő családvédelmi konzulensi munka fontosságát indokolja, hogy a család szerepe a történelem során nagymértékben megváltozott.

A feudalizmusban a hagyományos családszerkezetet a gazdasági érdekek tartották egyben. Az iparosodással és az azzal járó individualizációval megjelentek az érzelmi alapon kötött házasságok. A különböző szociális ellátó rendszerek és juttatások megjelenésével (nyugdíj, anyasági támogatások), valamint a nők munkába állásával fokozatosan megváltoztak a családi viszonyrendszerek. Az eltartókból és eltartottakból álló dichotóm családszerkezetet felváltotta az érzelmi alapokon nyugvó családi struktúra.

A gazdaság és az állam fejlődésével egyre jobban elkülönült a gazdasági és a privát szféra. Előtérbe került a család érzelmi, támogató jellegű funkciója. Ezt G. Kaplan által felállított modell mutatja a legjobban, amely a következőkben írja le a család funkcióit:

1. A család, mint világra vonatkozó információk összegyűjtője és terjesztője. Napjainkban a tömeg-tájékoztatás megjelenésével ez a funkció kissé módosult, nem az információk átadása dominál, hanem a külső forrásokból beszerzett tudásanyag

értékelésében ad segítséget a család.

2. Visszajelentő - útmutató rendszer, a családtagok viselkedéséről ad visszajelzést, ezzel valósítja a meg a szocializáció szerepét.

3. A világról kialakult kép, az életfilozófia forrása - ha ennek átadása hitelesen történik, ez nagy erőt ad az egyénnek krízisek idején.

4. A problémák megoldásában eligazít és közbenjár. Segítséget nyújt abban, hogy mit hogyan kell elintézni.

5. A gyakorlati és konkrét segítség forrása.

6. A pihenés és regenerálódás színtere.

7. Referencia és kontrollcsoport.

8. Az identitás forrása.

9. Fokozza az érzelmi teherbírást.

Ezeket a funkciókat sajnos sok család nem, vagy csak részben tudja betölteni. Krízisek idején ők a fokozottan veszélyeztetettek. A családi működés zavarainak sokféle szociológiai magyarázata létezik. Mindegyik modell nagyon értékes megfigyeléseket hordoz. Érdemes a konkrét problémás családot beilleszteni valamelyik modellbe, mert így a családdal végzett munka céltudatos klienssegítő kapcsolattá válik.

Családvédelmi konzulens

A szociális munkás egy általános szó, és fontos lenne találni egy célzott kifejezést, azokra a szakemberekre, akik kifejezetten a perinatális gondozásban dolgoznak. Javaslom a családvédelmi konzulens szó használatát. Jelen tanulmányomban is ezt

a kifejezést fogom használnia a perinatális szociális munka tárgyában.

Fontos, hogy a családvédelmi konzulens az orvosi team tagja legyen és az orvosi teamen belül külön mentálhigiénés csoport foglalkozzon a pszichés,

szociális és jogi problémákkal.

A csoport javasolt tagjai szülész-nőgyógyász, védőnő, neonatológus, szülésznő, gyógytornász, neurológus, pszichológus, valamint pszichiáter.

A családvédelmi konzulens szülőtámogatást nyújt (parenting support), amely minden esetben mentálhigiénés, jogi és szociális segítségnyújtás.

Egészséges (komplikációmentes) perinatális eseményeknél: mentálhigiénés segítségnyújtásból -

jogi - szociális segítségnyújtásból áll. Ettől eltérő esetben például: mentális nehézségeknél (gyermekágyi depresszió), öröbeadás-örökbefogadásnál, terhességmegszakításnál, fiatalkorú terhességek gondozásánál, amikor fogyatékkal élő gyermek születik a családban, koraszülött gyermekek szüleinek támogatásánál, sikertelen terhességeknél nyújt segítséget.

A családvédelmi konzulens általános irányelvei

Mint minden szakmának, fontos, hogy legyenek általános irányelvei, amelyek mentén szervezi a munkafolyamatokat, és amelyek meghatározzák a szakmai folyamatokat. Ezen elvek alapján a következők határozhatóak meg a családvédelmi konzulens irányelvei tekintetében, amelyek a szakszerű és hatékony feladatellátásra irányulnak:

- bio-pszicho-szociális egységes szemlélet
- elsődleges, másodlagos, harmadlagos prevenció elmélete és gyakorlata
- szociálpszichológiai és pszichoszociális problémáérzékenység
- szociális rizikófaktorok szűrése
- jogi ismeretek.

Maga a várandósság, mint állapot tekinthető egészséges krízisnek (G. Kaplan) a tekintetben, hogy a várandós nő fizikai és mentális állapota megváltozik, valamint a pár viszonyrendszere átalakul és a család addigi szerkezete is módosul, hiszen gyermektelen párból szülőpár lesz, illetve egygyermekes családból többgyermekes, illetve nagycsalád alakul. Az elmondottakkal összhangban fontos minden várandósság tekintetében a krízisintervenció. Amennyiben a várandósság során nem várt esemény következik be, fokozott megterheléssel járó krízisről beszélünk. A krízisintervenció a családvédelmi konzulens feladatai közé tartozik, akinek az alábbi személyiségi kompetenciákkal kell rendelkeznie:

- nyitottság
- rugalmasság
- önkorrekciós képesség (prekonceptió, koncepció, gyakorlat, korrekció)
- autonómia, kompetencia és együttműködés egyensúlya
- kompetencia-határainak betartása,

szakmai önazonosság tudat

- empátia, kongruencia, feltétlen elfogadás.

A családvédelmi konzulens feladatai a szülészeti osztályon:

- az anya anyai elfogadó és gondozói attitűdjének bemérése (szűrés, irányítás, pszichés támogatás)
- a család támogatása a perinatális események elfogadásában (egészséges helyzetektől a krízishelyzetekig)
- a szociális hátrány helyzet szűrése, segítségnyújtás, irányítás, jogi és egyéb tanácsadás
- a koraszülött anya-gyermek kapcsolat támogatása az orvossal együtt (beteg koraszülötteknel a szülőknek távlati, irányított menedzselési programja)
- az anya elfogadó attitűdjének fejlesztése
- fiatalkorúak pszichoprofilaxisa
- szenvedélybetegek szűrése, gondozása
- patológiás terhességeket átélt családok fokozott támogatása
- fiatalkorú terhesek csoportjával való foglalkozás
- krízisintervenciók szülési kedv megtartására irányuló segítségnyújtás magzat veszített anyák körében, például spontán vetélők esetében
- genetikai okok miatt terminált vetélés-indítás (döntés-előkészítő funkció, a házaspár támogatása... stb.)
- koraszülött, illetve beteg újszülött anya-gyermek kapcsolatának támogatása, ill. a csecsemő halála esetén a gyászfolyamat támogatása
- egészséges terhesek anyaságra felkészítő tanfolyamában való részvétel, az anyasághoz kapcsolódó jogi ismeretek átadása
- a klinika oktatási programjában való részvétel
- onkológiai és nőgyógyászati műtéten átesett asszonyok életminőség-kialakítási programja

- a családvédelmi konzulens részvétele az oktatói tevékenységben, mint elmélet- és gyakorlatvezető, hogy a leendő orvosok tudjanak a tevékenységi köréről és igénybe tudják venni, segítve a perinatális ellátást.

A családvédelmi konzulens feladatai a várandósgondozás területén:

- jogi és szociális tanácsadás;
- anyaságra felkészítő tanfolyamokon részvétel;
- sikertelen terhességeknél pszichés és jogi tanácsadás;
- fontos tevékenységi kör a gyászmunka feldolgozás segítése és a fertilitás pszichés támogatása;
- sürgősségi gyermekelhelyezési ügyek intézése;
- az abortusz előtti és utáni pszichés támogatás, leginkább a megelőzés fókuszával, illetve a megismétlés lehetőségének elkerülése érdekében;
- a hatályos közlönyök, jogszabályok ismerete, és gyakorlati alkalmazása;
- kapcsolattartás a szociális ellátórendszer intézményeivel, családvédelmi segítségnyújtás, szaktanácsadás.

A várandósság befejező szakaszában, valamint a korai gyermekágyas időszakban sok kismama aggódva tekint a hivatalos ügyek intézése felé. Ez az aggodalom érthető, hiszen számos hivatali ügy elintézése vár a családokra, valamint számos lehetőség is rendelkezésükre áll a családi juttatások tekintetében - a megfelelő információhoz való hozzájutással. A családvédelmi konzulens tájékoztatja a klienseket a hivatalos ügyek intézéséről, a családi támogatásokhoz való hozzájutás módjáról és feltételeiről.

Az örökbeadás

A családvédelmi konzulens sokat segíthet abban, ha valaki olyan élethelyzetben van, hogy nem tudja felnevelni gyermekét, mégis megtartja és örökbe szeretné adni, akkor a gyerek a megfelelő gondozást kapja és egészségesen tud fejlődni.

Jelenleg a hatályos feltételekkel lehet örökbeadni, örökbefogadni: nyílt, zárt stb. A családvédelmi konzulens felvilágosítást ad minderről és a szabályok mentén tudja terelni a folyamatot már a terhesség alatt.

Előfordulhat, hogy az örökbeadó szülő különböző érzéseket érez az örökbeadás után - düh, gyász,

Egy új élet születése a legnagyobb csoda, ami történhet egy szülőpár életében és nincs nagyobb kincs, mint egy gyermek. A legtöbb pár, amikor megtudja, hogy gyermeke születik, örömmel fogadja, azonban egy új élethelyzet elé is néz, ezért érthető, hogy az öröm szorongással is párosulhat. Fontos, hogy egy egészséges várandósságnál is legyen lehetőség, ezekről a kétségekről is nyíltan beszélni, amelyek még nem feltétlenül patológiás érzések vagy gondolatok, adott esetben nem igényelnek pszichológust vagy egyéb orvosi ellátást. Ezen beszélgetések lefolytatása történhet családvédelmi konzulens bevonásával.

A családvédelmi konzulens segíti a klienst, amennyiben szociális vagy kapcsolati problémái vannak. A gyermekágyas osztályon legtöbbször jogsegélyszolgálatra, az érdekvédelemre irányuló képesség növelésére, a helyi segítőszervezetekkel való kapcsolatfelvételre van szükség. Előfordul, hogy felmerül összetettebb, már a családgondozás területére tartozó probléma is. Ilyen pl. a hajléktalanság. Ide tartozik még a szociális vagy családi okok miatt veszélyeztetett újszülöttek kiszűrése, a problémák kezelése a helyi szociális, egészségügyi és államigazgatási szervekkel együttműködve.

Előfordulhatnak komplikációk is a várandósság alatt, amelyek speciális orvosi figyelmet igényelnek. A korai terhességben történő orvosi ellenőrzések, tesztek segítenek felfedezni azokat a problémákat is, amelyek károsan hatnak a magzat egészséges fejlődésére. Amennyiben fennáll a lehetősége annak, hogy egy magzatnak testi vagy szellemi fogyatékosága van, természetesen szakmai segítséget kap a kezelési utat illetően a szakmai tanácsadáson.

veszteség érzése, vagy megkönnyebbülés - ezek hosszú időn keresztül is folytatódhatnak.

Az érzések visszatérhetnek a gyermek születésnapján, évekkal az örökbeadás után is. Ezért nagyon fontos a családvédelmi konzulens által nyújtott segítség, amely arra irányul, hogy az örökbeadó tisztában legyen döntésével, vállalja annak pszichés következményeit, és legyen lehetősége ezek feldolgozására, annak érdekében, hogy mindez ne okozzon később feszültséget se benne, se az örökbefogadó család és a gyerek viszonyában.

Művi terhességmegszakítás

Nagyon fontos lenne az abortusz megelőzése, mind ez egy nagyon fontos morális kérdés is, mert egy másik életről dönt ilyenkor, aki ezt az utat választja. Kíváncsinos lenne az abortuszok számának csök-

kentése, a szemléletformálás az esemény bekövetkezése előtt. A családvédelmi konzulens át tudja beszélni a pszichés és morális hatásokat is.

Koraszülések és sikertelen terhességek gondozása

A koraszüléseknél és a sikertelen terhességeknél sem elhanyagolhatóak az életmódbeli tényezők.

Fontos tudni, hogy a terhesség 12. hetéig tartó időszaka a legvulnerábilisabb a magzat számára. Ebben az időszakban még nem egyértelműek a terhességre utaló jelek. Az elmaradó menstruációt, a hányingert még lehet betegségnek vagy más tényezőnek tulajdonítani. Ez magával vonhatja azt, hogy az addig dohányzó vagy alkoholizáló anya nem mond le káros szenvedélyéről.

Az anya még nem él terhessége tudatában, nem vigyáz kellőképpen magára és így már élő magzatára sem. Előfordulhat, hogy egy kívánt terhesség is vetéléssel végződik. Ezért lenne nagyon fontos az általános egészségügyi felvilágosítás, még a terhesség bekövetkezése előtt.

Szociális hátrányok

Szociális hátrányok is gyakran vezethetnek koraszüléshez. A perinatális mortalitás és a koraszülés, valamint a csecsemőhalandóság és az összes életkori kohorsz felnőttkori mortalitása magasabb az igen kedvezőtlen helyzetű társadalmi osztályokban. Az arány egyenes arányban romlik a szociális helyzet romlásával (D. Armstrong).

A születendő gyermek eltartása miatti szorongás nehezíti a terhesség alatti időszakot. Nem kívánt terhesség esetén a probléma hatványozódik. Előfordul, hogy az örökbeadás lehetőségének felvilágosítása oldhatja a szorongást. Ehhez azonban megfelelő kapcsolattartásra van szükség.

A koraszülések gyakoriságában mindenképpen szerepet játszik a dohányzás. Első látásra a dohányzás nem a depriváció mutatója, hanem inkább a viszonylagos jólété, lévén, meglehetősen drága szokás. Mégis egyes elemzések szerint a dohányzást és az alkoholizálást lehet úgy értelmezni, mint az anyagi deprivációra való reakciót (Graham, 1984.).

Fokozott pszichés megterheléssel járó szülészeti események

Fiatalkorú terhesség

A fiatalkorúak esetében fokozottan fontos odafigyelni arra, hogy felmérjük a fiatalok pszichés állapotát (fejlesszük az érettségét a gyermekvállalásra), valamint, hogy lássuk, hogy milyen támogató háló veszi őt körül, annak érdekében, hogy felelősen viselje várandósságát és gondozza megszületendő gyermekét.

A várandós osztályon fekvő anyák

A várandós osztályokon fekvő anyák helyzetét meglehetősen megnehezíti a hosszú kórházi tartózkodás, vagy ha a szülés körül problémák merülnek fel, ezek rossz élményeket okoznak számukra, amely megnehezíti a későbbi gyermekvállalásukat. Többször otthoni problémáik megoldásában is külső segítséget igényelnek. Könnyen belátható, hogy aki nagyobb gyerekeit, családját, jövődő gyermekének helyzetét biztonságban tudhatja, könnyebben fogja kiviselni jelenlegi várandósságát, kevésbé mutat pszichoszomatikus tüneteket. Emiatt nagyobb eséllyel szül majd egészséges gyermeket és vállal további gyermekeket is.

Sikertelen terhességeknek, a perinatális halálozásnak több formája is előfordulhat

A sikertelen terhesség fogalma:

1. halvaszülés
 2. vetélés vagy a vetélés megindítása a magzat élettel összeegyeztethetetlen betegsége miatt
 3. kora-, vagy újszülött csecsemő halála.
- A szülők minden olyan esetben, amely eltér a vártól, nagyon sokféle, bonyolult érzelmet élnek át. Egyrészt szembekerülnek a veszteség élménnyel, a gyermekükről alkotott ideál elvesztésével. Ehhez társul a sikertelenség, és a - sokszor irreális - büntüdat, valamint az a mély kudarcézés, hogy ők képtelenek egészséges gyermeket nemzeni. Amennyiben a gyermek korán vagy súlyos problémával születik, akkor ehhez társul a félelem a gyermek halálától, ugyanakkor, ha súlyos fogyatékkal születik a gyermek, akkor ezzel a félelemmel együtt titkolt kívánság is él bennük a gyermek halálára

vonatkozólag. Láthatjuk, hogy mennyire sokféle és ambivalens érzések terhelik ezt a krízis-szituációt. A krízishelyzet megfelelő feldolgozása két okból is fontos.

Az egyik az, hogy a későbbiekben el tudják fogadni gyermeküket, másrészt, a sikeres megoldások beépülnek a problémamegoldó eszköztárba, és ezzel elősegítik a család fejlődését.

Amint a szülők megértik ambivalens érzéseiket, elkezdődik a feldolgozás időszaka, amelynek során el tudják fogadni a gyerek állapotát, és megkezdődik a család reorganizációja.

Ennek nagyon fontos eleme a szülőknek való ismeretnyújtás a gyermek állapotáról, speciális szükségleteiről, reális tervek kialakítása a jövőre nézve, és minden olyan segítség megadása, amellyel a lehető legadekvátabban nevelhetik gyermeküket.

A gyerek születése önmagában véve is krízist jelent a család számára.

Amennyiben a koraszülött gyermeket elvesztik a szülők, akik még fel sem voltak készülve a gyermek születésére, máris a halálával kell szembesülniük. Ezt a tragédiát nagyon nehéz feldolgozni és segítséget kérni. Az, hogy sikerül-e mindez, az több tényező függvénye.

Ezek a tényezők: az előzetes tapasztalatai a stressz feldolgozásáról, az őt körülvevő segítő rendszerek természete és minősége (nagy szülők, rokonok, barátok), a házasság stabilitása.

Ezekben az esetekben az egészséges gyászreakció 4-6 hétig terjed, és sikere attól függ, hogy a gyászoló képes-e eltávolodni az emléktől.

A gyászoló szülők helyzetét nehezíti, hogy a gyász sajátos rítusai sajnos kikoptak a mindennapi életből, így nincsenek meg azok a keretek, amelyek mederben tartanák, és egyben kimondhatóvá tennék a fájdalmukat. Ugyanakkor a jelenleg élő közszemlélet szerint a gyászt el kell felejteni, nem illik róla beszélni, a gyerek haláláról pedig különösképpen nem.

Intrauterin elhalt gyermek esetében sokszor kapják a szülők azt a tanácsot, hogy ne temessék el a magzatot.

A pár napot élt gyermek esetében meg szeretnék óvni a szülőket a temetés fájdalmától. Ez a szemlélet a szülőkből is él, és ezért sokszor döntenek úgy, hogy ha intézkednek is a gyermek temetését illetően, akkor sincsenek jelen a temetésen.

A jelen törvények szerint a szülőknek kell gondoskodniuk a temetésről. A temetés intézése nagy

fájdalommal jár, ám, a folyamat végigvitele és a szertartás segíti a szülőket a gyász munka folyamatában.

Igen kis súlyú, vagy fogyatékkal született gyermektől esetleg mindkét szülő távol tartja magát, és nem látogatják meg, mert tartanak tőle hogy, ha látnák, ismernék, akkor jobban szenvednének, ha később elveszítenék. Nehéz megélniük a helyzetből eredő szenvedést, és ennek kinyilvánítását, pedig a tapasztalatok azt mutatják, hogy sokkal könnyebben, és kisebb sérüléssel kikerülnének a krízisből, ha ezt megtennék.

A szembesülés elkerülése a veszteség "tárgyával" megnehezíti a gyászmunkát, mivel annak szerves része az elhunytól való emlékek elrendezése, feldolgozása, ez pedig, mivel erről a gyermekükről semmilyen élményük nincs, jelentősen megnehezül. A temetésen való részvétel segít valóságossá tenni a gyermek halálának tényét, amely felfoghatatlan maradhat másképp a gyászoló szülők számára. A szembesülés segíti a szülőket abban, hogy elfogadják a gyermeküknek, mint létező személynek a halálát. Amennyiben nem történik meg a gyermek, mint önálló, megismételhetetlen ember halálának elfogadása, akkor továbbra is benne él a szülőkből, mint az "ideális gyerek", és az utána születő testvére esetleg sosem tud olyan idealizált, pozitív tulajdonságokkal bírni, tehát "tökéletes" lenni, mint az előző, elveszett gyermek. Az aggodás érzése is áttevődik a következő gyerekekre. Szélsőséges esetben funkcionális meddőséget is okoz.

Veszélye, ha a gyászfolyamat elhúzódik, tagadásra vagy elfojtásra kerül sor, és/vagy nagyon hamar kerül sor a következő gyermek vállalására. Ezért nem tanácsos arra biztatni a szülőket, hogy minél hamarabb vállaljanak következő gyermeket, mert ez növeli a szorongás, a vetélés illetve a "pótgyerek" jelenségének megjelenését. A "pótgyermek" esetén a gyermek is erős bűntudatot élhet át, mert úgy érzi, ő csak egy másik ember halála miatt született meg.

Nehezíti a gyászt az is, hogy kutatások tanúsága szerint gyermekek elvesztésekor önmagában is szignifikánsan erősebb az önvád, magasabb arányban fordul elő depresszió, szomatikus tünetek, impulzivitás, szorongás, az önértékelési és szociális zavarok fokozottabbak, és gyakrabban fordulnak tagadáshoz.

Ugyanakkor az is előfordul, hogy a szülőkből él az a természetes vágy, hogy lássák, érezzék, meg-

érintsék gyermeküket, még abban az esetben is, ha a gyermek halva született. A jelenlegi közgondolkodás annyira tabunak tekinti a halál tényét, és annyira fél a szenvedéstől, hogy nagyon rossz állapotban lévő gyerek látogatását sem mindig ajánlják. Sokszor az egészségügyi személyzet sincs a gyász munka folyamatának segítésére felkészítve, ezért ennek irányában befolyásolják a szülőket is. A szülők, ha szeretnék is, gyakran akkor sem merik megkérni, hogy engedjék meg azt, hogy megnézzék, megérintsék halott gyermeküket. Saját klinikai tapasztalatom szerint nagyban elősegíti a gyász feldolgozását az a tény, hogy a szülők fizikai kapcsolatba kerültek-e gyászmunkájuk "tárgyával" - gyermekükkel, vagy sem. Mindez pedig komoly kihatással van a későbbi gyermekvállalási kedvükre, pszichés kondíciójukra, pszichoszomatikus gátjaikra.

Esetbemutató

Egy 35 éves habituális vetelő nőnek ikerterhességből a 25. terhességi hétre született két igen kis súlyú újszülöttje. Az első találkozásunkkor megkérdeztem őt, hogy látta-e már koraszülött gyermekeit. Azt felelte, még nem merte meglátogatni őket. Én már láttam a gyerekeket, így el tudtam mondani, hogy vannak a babák, és hogy milyen az állapotuk. Tekintve, hogy igen kis súllyal születtek, nem volt jó az életésélyük. Elmondtam, hogy mit kell tenni az intenzív osztályon, hogy kell viselkedni, és milyen szabályok vannak. A beszélgetés végén újból rákérdeztem, akarja-e a szülő meglátogatni a gyerekeket, és egyben felajánlottam, hogy elkísérem. Elfogadta az ajánlatot, és így felkészítés után kísérettel már el mert menni a gyerekekhez, majd rendszeresen járt hozzájuk. Később sajnos mindkét gyermeket elvesztettük, néhány nap különbséggel. Az anyának néhány napig még a klinikánkon kellett maradnia, így mód nyílt arra, hogy több beszélgetést folytassunk, és figyelemmel kísérhessem az állapotát. A konzultációk során egyértelműen megállapítható volt, hogy megkezdődött a gyász munka, és megnyugtató módon halad is előre. Az anyuka elmondása szerint ez nagyban köszönhető annak, hogy megnézte a gyerekeit és kapcsolatot alakított ki velük, így konkrét emlékei voltak róluk, valóságossá vált előtte a megszületésük ténye, majd sajnálatosan fokozatosan romló állapotuk, majd tragikusan bekövetkezett haláluk. Azáltal, hogy végigkísérte a folya-

matot nem érzett büntudatot azért, hogy elhanyagolta a gyermekeit, tárgyat kapott a gyásza, tudott az emlékezés segítségével dolgozni a gyáson, amit valóságosan élt meg, így az nem okozott elakadást. Pár év múlva zavartalan terhességből, egészséges kislánynak adott életet, akit a harmadik gyermekeként fogadott.

Vetelés és intrauterin elhalás

Vetelés és intrauterin elhalás esetén nehezíti a szülő helyzetét, hogy nincs megfogható tárgya a gyásznak. Nincs rá mód, hogy láthassák a gyermeküket, sőt vetelésnél a környezet nem ritkán bagatellizálja az anya fájdalmát, nem tartja "gyászra érdemesnek" a magzatot, miközben nem ritkán az anya nagy fájdalmat él át, a környezet viszonyulása miatt azonban ő sem mer gyászolni, elfojtja a veszteség érzését, így nem tudja feldolgozni, aminek ugyanolyan következményei lehetnek, mint a terhesség későbbi szakaszában átélt veszteségnek.

Perinatális halálozás esetén a gyászfolyamatot a következő tényezők határozzák meg:

- a veszteség körülményei,
- az elhunytal való kapcsolat,
- a gyászoló személyisége,
- a szociális támasz.

Retrospektív kutatásban arra kerestük a választ, hogy melyek azok a tényezők, amelyek jelentősen befolyásolják a szülők gyászmunkájának sikerét.

A gyászfolyamatot segítik bizonyos tárgyi feltételek, élmények, valamint a kórházi személyzet adekvát magatartásformái.

A segítő magatartásformák a következők lehetnek: Az orvos gyors és pontos tájékoztatása. Azok, akik ilyen tájékoztatást kaptak, sokkal könnyebben fel tudták dolgozni a hírt, és sokkal segítőkészebbnek élték meg az egészségügyi személyzet hozzáállását. A családvédelmi konzulens nem nyújthat orvosi információt, azonban segítségére lehet az orvosnak abban, hogy a betegben elmélyüljön a tájékoztatás. Kutatásunk során találkoztunk olyan édesanyával, akinek gyermeke nagyon súlyos fogyatékossgal született. Az édesanya megkapta a megfelelő tájékoztatást, azonban nem lehetett azonnal megállapítani, vajon meg is értette-e azokat. Később az anyával folytatott beszélgetésben külön rákérdeztem arra, hogy tudja-e milyen a gyermeke állapota, így felmérhetővé vált, hogy mit értett meg és mit nem. Így az orvos közös megbeszélésünk után korrigálhatta azt.

Haláleset bekövetkezésekor is leghelyesebb és legcélravezetőbb a szülők azonnali, pontos felvilágosítása. A családvédelmi konzulens a gyógyító team felvilágosítását követően ajánlhatja fel a segítő beszélgetés lehetőségét a szülőpárnak.

A lehetőség, hogy a szülők nyíltan beszélnek gyermekükről, és a tragikus haláláról, nagymértékben elősegíti a gyászmunkájukat.

A családvédelmi konzulens a következő módon segíti elő a veszteség feldolgozását:

- beszél a szülőkkel a temetésről, biztatja őket, hogy vegyenek részt aktívan a folyamatban
- beszél a gyászfolyamatról és az önvádról
- segít megtervezni a családtagokkal, testvérekkel való beszélgetést
- a barátokkal, szomszédokkal folytatandó beszélgetést és a viselkedést segíti
- nem tanácsol mihamarabbi gyermekvállalást
- támogatja az elsődleges segítő hálózat (család, barátok) mobilizálását.

Fontos, hogy a családvédelmi konzulens még legalább egy hónapig elérhető legyen.

A kutatás azt is mutatja, hogy sokat segíthet a szülőknek, ha megnézhetik, megérintheik, elbúcsúzhatnak halott gyermeküktől, és ha igénylik, kaphassanak róla tárgyi emléket: fényképet, karaszalagot, hajtincset.

A családvédelmi konzulens feladata erre felkészíteni a szülőket, a végrehajtásban segíteni nekik, és az utána való feldolgozást facilitálni.

A következő rizikócsoportokat határozzuk meg, akiknél sokkal gyakrabban történik inadekvát feldolgozás vagy anticipált gyász:

1. idősebb primipara, akinek még nincs gyermeke,
 2. nem hívő szülő, akinek világlképe nem ad segítséget,
 3. már egy vagy több gyerekkel rendelkező, aki tagadja, hárítja a tragédia okozta veszteséget, illetve a halál, a gyász verbális feldolgozására környezetében nincs lehetősége,
 4. akinek a veszteség előtt is szegényesek voltak a megküzdő stratégiái, és azok hatékonysága a halál következtében tovább romlottak.
- Ezek a tényezők nagyrészt felmérhetők az első találkozásnál, és akik ebbe a rizikófaktorba tartoznak, azokra különös figyelmet kell fordítani.

Koraszülött vagy fogyatékkal született gyermek születése tényének feldolgozása

Fokozott pszichés megterheléssel járó perinatális események átélésének bekövetkezte, különböző magatartás- és viselkedési formákat váltanak ki a szülőkből, melyek megnehezítik a feldolgozást. Ezek a következők:

1. Szembenézés a koraszülött vagy beteg gyermek halálának lehetőségével.
2. Konfrontálódni azzal az érzéssel, hogy nem nemzett egészséges utódot. Önvád, azzal kapcsolatban, hogy hozzájárultak-e a jelen helyzet kialakulásához.
3. Interakcióba kell lépniük a gyermekükkel, aki a szülőkből élő idealizált újszülött helyett nem várt képet mutat, sokszor gépek segítségével szorul ahhoz, hogy életben maradjon.
4. A gyerek speciális szükségleteinek megismerése, hogy a szülők mindenképpen tudnak konstruktívan jelen lenni, és gondozni gyermeküket. Fontos megérteni és elfogadni a gyermek állapotát, mind kognitív, mind emocionális szinten.

Ez a folyamat négy fázison keresztül megy végbe:

I: "Hogyan történhetett ez?" fázisa

Ez tagadással is jár, ilyenkor gyakori a düh, az információ keresés, hosszú idő kell addig, hogy a szülők eljussanak odáig, hogy elfogadják a megváltoztathatatlant. Gyakran az átélt trauma izolációt vált ki, és emiatt a szülők visszautasítják azt is, hogy meglátogassák gyermeküket. Ez az állapot napokig, sőt hetekig is fennállhat, amely hátráltatja a későbbi kapcsolatteremtést a gyermekkel. Erre az időszakra az anticipált gyász és a depresszió a jellemző.

II. Ambivalens érzések megélése

Ebben a fázisban az érzelmek széles skálája mobilizálódik, amelyek együtt igen ambivalensek. Szomorúság, gyász, düh, aggodalom, neheztelés, büszkeség, boldogság, megkönnyebbülés, büntudat.

III. Adaptáció

A szülők ekkor már képesek a realitások figyelembevételével megfelelő kapcsolatot kialakítani gyermekükkel, terveket készíteni a jövőre nézve.

IV. Reorganizáció - újraszerveződés

Ekkor történik meg a gyermek elfogadása, beillesztése a családba.

Az alábbiakban a Kaplan és Mason, valamint modellek szerint mutatjuk be ezeket a fázisokat:

(Kaplan és Mason, Drolan)

I.

- Anticipált gyász és depresszió
- Sokk, tagadás

II.

- A beteg gyermek születése tényének elfogadása
- Szomorúság, gyász, düh, aggodalom

III.

- Újrakezdeni a kapcsolat kiépítését
- Adaptáció

IV.

- A szülők elkezdik megérteni a gyermek speciális szükségleteit
- Adaptáció, újraszerveződés

Ezen folyamatok egy része már a kórházban elkezdődik, ezért azt a családvédelmi konzulens segíteni tudja. A kórház elhagyása előtt azonban a folyamat nem válhat teljessé. Értelmi fogyatékkal

született gyermekek szüleivel folytatott interjúkból kiderült, hogy ha fogyatékossgal születik egy gyerek egy családban, a férfiak nagyobb százaléka elhagyja azt. Egyes becslések szerint ez 80%-ra is tehető.

Fontos tehát segíteni az apákat is, és a családot, mint egészet támogatni, akkor a férfiak is megfelelőbb krízis megoldási módokat találhatnak.

Mindez nem csak az egyes családtagokra és családokra nézve lenne jótékony hatású, hanem az egész társadalomra nézve is, mind mentálhigiénés, mind gazdasági szempontból. Hiszen a társadalom fenntarthatóságát a működő családok alkotják.

Krízis esetén az egész családnak van szüksége támogatásra. Az édesapákra még inkább nehezedik az a társadalmi nyomás, ami a gyász elfojtására ösztönzi őket. Szocializációs minták szerint már kiskorunkban megtanulják, hogy egy férfi sosem sír, nem mutatja ki az érzelmét, így ők sokkal nehezebben fordulnak segítségért.

Befejezés

A veszteség élménye elkerülhetetlen fájdalommal jár. Ezt pedig általában igyekszünk elkerülni. Olyan élethelyzeteket próbálunk teremteni magunknak, amelyben a legkevésbé sérülünk. A fájdalom nem egyenlő a sérüléssel. Ellenkezőleg, adott esetben a fájdalomra adott elsődleges reakciók, mint a menekülés az adott szituáció átélésétől, tudomásul vételétől, megnehezíthetik a magzatvesztés traumájának feldolgozását.

A megszabadulás keresése gyakran inadekvát válaszreakciókat válthat ki, mint a függőség, alkoholizálás, droghasználat, illetve a pszichoszomatikus tünetképzés, mint amilyen a funkcionális meddőség is, egyfajta inadekvát válaszreakció.

Freud fejti ki a következőket: a túlzott szenvedés szenvedésnyomást vált ki, amely, amikor már az egyén számára ki nem fejezhetővé, nem verbalizálhatóvá válik, pszichoszomatikus tünetképzésként nyilvánulhat meg. Így az enyhülés keresése csupán akut, tüneti kezelés, nem oldja meg a probléma gyökerét.

A fájdalom érzetének fontos gyakorlati haszna van a jövőre nézve: mobilizálja az embert, mozgásban tartja.

A megszabadulás keresése a megoldás keresésére

sarkallja az embert. Ez igaz, mind a testi, mind a lelki fájdalomra egyaránt. Így van ez a vesztes következtében átélt fájdalom esetében is. Amikor elveszítünk valakit, valaki meghal, akit szerettünk, a múltból emlékszünk rá. Amikor szomorúak vagyunk és sírunk, rá emlékezünk. A múltban azonban nem érzünk fájdalmat, arra csak a jelenben vagyunk képesek. A jelenben érezzük a fájdalmat, akkor is, amikor arra gondolunk, hogy milyen jó lenne, ha itt lenne, mit mondanánk majd neki, mit kérdeznénk tőle a jövőben. Ami a jelenben történik, az maga a fájdalom. Ez segíti az embert abban, hogy végigmenjen az egészséges gyász-munka folyamatán.

A gyász-munka folyamata minden veszteség esetén elkerülhetetlen. Sikeres megküzdés esetén, a folyamat végén bekövetkezik a belenyugvás, amikor az ember már interiorizálta a veszteség tárgyát, már nem fáj az emlékezés. Úgy érezzük, hogy bár nincs közöttünk, akit szerettünk, de emléke örökké bennünk él. Ahhoz, hogy egy szülőpár bio-pszicho-szociális szempontból egészségesen tudjon újra gyermeket vállalni, egy nem várt perinatális krízis után összehangolt, szakszerű segítségre van szüksége, ezáltal csökkenthető a funkcionális meddőség,

habituális vetélés, mint secunder hatás a gyermekvállalásban, és elősegíthető, hogy minél több kívánt gyermek születhessen meg.

A családvédelmi konzulens feladata a demográfiai folyamatok jó irányba történő elmozdulása érdekében elengedhetetlenül fontos. Szükségességét igazolja, hogy a családvédelmi konzulens felkészültsége alapján olyan intervenciókra képes,

amely kiegészíti a par excellence gyógyító tevékenységet. A családvédelmi konzulens munkájának perinatális eseményekre gyakorolt primer, szekunder és tercier (megelőzés-esetkezelés-rehabilitáció) hatása összetársadalmi szinten járul hozzá a demográfiai folyamatok pozitív irányba való elmozdulásához, csökkentve a krízis események elhúzódozó negatív hatását.

Felhasznált irodalom

- Kovácsné Török Zsuzsa: Szülés körüli magzathalálozás pszichológiai vonatkozásai Doktori értekezés, DOTE, 1994.
- Lewis, Emmanuel: Mourning by the Family after a Stillbirth or Neonatal Death In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. II. kötet, 43-50. old.
- Szabó Lajos Klinikai pszichológia és Kórházi szociális munka tárgyak keretében elhangzott előadásai
- Bálint Mihály: Orvos-beteg-betegség
- Barnes G. G. : Családterápia és gondozás. Családterápiás olvasókönyv 11., Budapest, 1991
- Burnell, George M.: Maternal Reaction to the Loss of Multiple Births In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 35-41 old.
- C. Molnár Emma : Anyasági és társadalmi adaptáció, Kandidátusi értekezés 1982.
- Cseh- Szombati László Családszociológiai problémák és módszerek, Társadalomtudományi kvt., Gondolat, Budapest, 1979
- David Armstrong: Az orvosi szociológia alapjai
- December 1989 Psychological aspect of obstetrics and gynecology Készülődés a következő terhességre
- Dr. C. Molnár Emma: Az anyaság pszichológiája, Akadémiai kiadó, 1996
- Dr. C. Molnár Emma: Szülészeti és nőgyógyászati pszichoszomatika In: Háziorvos Továbbképző Szemle 1997/4.
- E. Lewis and S. Bourne: Perinatal Death in Clinical Obstetrics and Gynecology
- Feuer Mária Családterápia tárgy keretében 1994.05.03-án és 1994.05.10-én elhangzott előadásai
- Golden, Deborah A. - Davis, Jessica G.: Counseling Parents after the Birth of an Infant with Down's Syndrome In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 43-54. old.
- Goldson, Edward: Mourning by the Family after a Stillbirth or Neonatal Death 33-42. old. Keresztesné Rákos Szilvia személyes közlése
- Komlósi P. : A család támogató és károsító hatása a családtagok lelki egészségére. In : Közösségi mentálhigiéné, Gondolat, Budapest, 1982
- Komlósi Pirokska: A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére In.: Közösségi mentálhigiéné szerk.: Gerevich József, Gondolat, Budapest, 1989. 21-55. old.
- Kübler - Ross: A halál és a hozzá vezető út, Gondolat, 1988
- Kübler-Ross, Elizabeth.: A halál és a hozzá vezető út Gondolat, 1988.
- Ludder Jackson, Pat.: Chronic Grief In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 27-37. old.
- Rauch, Julia B.: Genetic Services In.: Encyklopedia of Social Work, 18th Edition, 1990. Supplement NASW Press, 113-134. old.
- Sigmund Freud: Bevezetés a pszichoanalízisbe, 1943, Som Béla kiadó Bp.
- Somlai Péter: Konfliktus és megértés, Gondolat, Budapest, 1986
- Szabó Lajos Klinikai szociális munka tárgy keretében 1995.01.31-én elhangzott előadása
- Szabó Lajos: A krízisintervenció alapelvei in: szociális munka elmélete, TK, 1994 Törvény az egészségügyről
- Szabó Lajos: Szociális szakember a kórházban In.: A szociális munka alapjai, A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 7., Budapest, 1993.
- The Crisis of Illness-Birth Defects and Perinatal Death In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. II. kötet, 27-31. old.
- The Crisis of Illness-Stillbirth and Birth Defects In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 23-26. old.
- Toba Schwaber Kerson et Associates: Social Work in Health Settings. Practice in Context, Longman 1982.
- Ungváry György: A munkanélküliség egészségkárosító hatása In.: Magyar Tudomány 1993/2