

Koraszülöttek otthongondozási oktatási rendszerének működtetése során szerzett egészségnevelési tapasztalatok

Dr. Somogyvári Zsolt

Országos Egészségfejlesztési Központ,
Budapest

Az újszülött gyermek megszületése nagy esemény a családban, de méginkább az, az újszülött számára. Életének első napjaiban több fontos dologban kell az új feltételekhez alkalmazkodnia. Különösen igaz ez azokra az újszülöttekre, akik idő előtt látták meg a világot. Magyarországon minden 12-dik baba idő előtt (37. várandóssági hét, illetve 2500 g születési súly alatt) születik. A koraszülöttek gyógyítása az időre született újszülöttekhez képest jóval hosszabb ideig, gyakran 2–3 hónapig tart.

Az idő előtt születettek éretlensége miatt kialakuló betegségek gyógyulása után, az intenzív osztályos ellátást követően, további rövidebb-hosszabb idejű kórházi ápolásra gyakran már csak azért van szükség, mert a koraszülött még nem érte el a köztudatban „biztonságosnak” tartott 3 kg-os testsúlyt. Tapasztalatból tudjuk, hogy a kórházban eltöltött napok számával ugrásszerűen nő a kórokozó bakté-

riumok megtelepedésének esélye. Ezért ajánlott a kora-újszülöttek 2 kg feletti hazaadása akkor, ha már betegségük nincs, súlyuk folyamatosan emelkedik, lehetőleg napi adagjuk felét megszopják és nem utolsó sorban biztosítható az otthoni gondozás minden feltétele (*I. táblázat*).

A gondozási feladatok közé tartozik a baba körüli mindennapi teendők (szoptatás, tisztábatevés, köldökkezelés, fürdetés stb.) rutinos végzése, a korábbi betegségekből adódó maradványtünetek megfelelő orvosi felügyelet melletti ellátása (pl. tornáztatás), valamint a kissúlyú koraszülötteknél statisztikai valószínűség szerint gyakrabban előforduló hirtelen állapotromlások megszüntetése (pl. légzőkimaradás, vércukor-esés, kezdődő lázas betegségek felismerése stb.).

A hosszú kórházi kezelést követően hazaadott babák azonban a szülők és az otthoni ellátást segítő szolgálatok kimondott vagy ki nem mondott féltelme, illetve a jogosnak mondható túlzott óvatossága következtében nagyon sokszor gondozási problémák miatt kerülnek vissza a kórházba.

A *Peter Cerny* Alapítvány (PCA) dolgozói felismerték annak a jelentőségét, hogy az otthoni gondozás – az életveszélyes állapotok ellátásához hasonlóan – jó hatásokkal megvalósítható, ha megfelelő oktatási program segítségével felkészítik a szülőket, védőnőket és a háziorvos kollégákat a speciális otthoni koraszülöttellátási-gondozási feladatok végrehajtására.

A koraszülött OtthonGondozási Oktatási rendszer (PCA-OGO) működésének részletes ismertetése a *Gyermekgyógyászat c. szaklap* 2002. 53. 6. 621–642 számában megjelent [1]. A mintarendszer üzemeltetése során közel négy év alatt összegyűlt egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel, mentálhigiénés problémákkal kapcsolatos tapasztalatokról szeretnénk beszámolni.

A PCA-OGO program a mintarendszerben résztvevők számára a biztonságos hazaadás feltételeit a *II. táblázatban* látható szolgáltatásokkal biztosították.

I. táblázat

A koraszülöttek biztonságos hazaadásának feltételei

A kórházban töltött napok számával ugrásszerűen nő a kórokozó baktériumok kolonizációs esélye. Ezért ajánlott a kora-újszülöttek lehetséges szerinti mielőbbi hazaadása.

A koraszülöttek hazaadási kritériumai:

1. 2000g feletti testtömeg.
2. Korábbi betegségük tüneteinek megszűnése, gyógyulása, normális élettani paraméterekkel (légzésszám, szívfrekvencia, hőmérséklet).
3. Apnoe és bradycardia hiánya az utolsó három nap során.
4. Folyamatos súlyemelkedés. (Az utolsó három nap összesített súlygyarapodása eléri a 30–50g-ot).
5. Per os táplálhatóság lehetőleg úgy, hogy napi adagjuk felét megszopják.
6. Az otthoni gondozás minden feltételének biztosíthatósága.
7. Átlagosan kétnaponta vizitáló neonatológusi team rendelkezésre állása (kb. 3 kg eléréséig).
8. Sürgősségi ellátási rendszer (neonatólogiai rohamkocsi) egy órán belüli elérhetősége és folyamatos rendelkezésre állása az elsősegélynyújtást követő további feladatok biztosítására.
9. A szülők és az otthoni ellátást végzők igénye a hazaadásra.
10. A háziorvos és védőnő hozzájárulása és együttműködése a szolgálattal.

Az otthon gondozási oktatási program keretében nyújtott szolgáltatások

1. Kétnaponta (szükség esetén naponta) végzett otthoni neonatológiai vizsgálat és tanácsadás addig, amíg a koraszülött állapota ezt indokolja. (Általában a 3 kg-os testsúly eléréséig).
2. A neonatológiai szolgálat elérhetősége telefonon, szükség esetén soronkívüli vizit.
3. Koraszülöttek mentését végző rohamkocsi riaszthatósága a gondozás ideje alatt.
4. Szükség esetén, a helyszínen elvégezhető vérvétel a laboratóriumi vizsgálatokhoz.
5. A koraszülöttek ápolásában, gondozásában résztvevő szülők, védőnők, házi orvosok oktatása – képzése – továbbképzése a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat (PCAM) felnőttoktatási tapasztalatával bíró szakasszisztensei, orvosai segítségével.

A mintarendszer működésével kapcsolatban nagyon fontosnak tartjuk annak hangsúlyozását, hogy a koraszülöttek otthoni gondozása és a felnőttoktatási programja ingyenes volt. Ezt a *Soros Alapítvány* és a *Johnson and Johnson vállalat Európai Alapítványi Központjánál* elnyert támogatások tették lehetővé. Fontosnak tartjuk továbbá, hogy a program a szülők gondjainak csökkentése mellett segítséget kívánt nyújtani elsősorban a védőnőknek és a gyermekorvos – házi orvos kollégáknak, akik aktív közreműködésére feltétlenül számítottunk, valamint egyes esetekben a gyermekjóléti és szociális szolgálatoknak is.

Szintén lényeges elemként jelent meg a program megvalósítása során, hogy az oktatási-továbbképzési anyagot a programba való felvétel alkalmával a szülőknek, illetve a későbbi gondozást végző orvos- és védőnőkollégáknak a koraszülöttek házi ellátásához adaptált jegyzetünket mellékeljük, továbbá, hogy a gondozási-oktatási programban való részvételüket írásban is kértük megerősíteni. Az OGO program keretében a házi orvosok és védőnők kérése esetén lehetővé tettük az újszülött újraélesztési program adaptált változatának elméleti és gyakorlati elsajátítását. Ennek bázisát az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia oktatóprogramjának továbbfejlesztett és megfelelő szintekre adaptált (házi orvosi, védőnői, laikus elsősegélynyújtói szintek) változata képezte [2, 3, 4].

Az otthon gondozott koraszülöttek környezetében élők helyszíni elméleti és gyakorlati képzését többnyire a programvezető és a főnővér végezte. A lakáson történt vizitek alkalmával a prevenció elveket és a mentálhigiénés lehetőségeket ötvöztük a kuratív elemekkel. A rideg medicinális anyag megtanítása és visszakerdezése mellett meg kellett találni a család mentális és szociális szintjének megfelelő hangot ahhoz, hogy a koraszülöttel kapcsolatos szorongást

oldani lehessen. A helyszíni beszélgetések lehetőséget adtak arra, hogy a hozzátartozók lelki támaszt kapjanak a tapasztalt nővértől és a neonatológustól. A kellő empáthiával végzett pszichés vezetés, illetve a program tervezése során megfogalmazott egészségkommunikációs elvek működőképességének anekdotikus visszaigazolását jelentette, amikor például a cigány nagymama érzékenyülve megkérdezte a programvezetőt, hogy vajon „a doktor úr nem közülünk való-e?”. Szintén jó visszajelzést jelentett a 36. hétre 1900 g-al született koraszülött édesanyjának a program végén küldött levele.

„A Peter Cerny Alapítvány koraszülött-otthon gondozási programjának értékelése szülői szempözből: Kislányunk, 8 hónapra született, 1900 grammal született. Ezenkívül átesett egy vírusos megbetegedésen is, így mindenképpen „hátrányos babának” éreztük őt. Mivel a kórház biztosította a lehetőséget, minden nap több alkalommal bementünk hozzá, megetettük, megsimogattuk őt, „elbeszélgettünk vele”, 3 héten keresztül. Az állapotáról folyamatosan érdeklödtünk, és mindig megkaptuk a felvilágosítást, biztatást, sohasem utasított el minket a főorvos úr. Az otthon gondozási program keretében végre hazatérhetett az immár majd 2,5 kg-os kisbabánk. A megérkezéskor a főorvos úr és asszisztense ellenőrizte az itthoni körülményeket, és javaslatot tett az esetleges változtatásokra. Sohasem durván vagy követelőzve, mindig tanácsot adva. Ilyen volt például a szomszéd szoba vékony érintkező falánál a gyerekágyhoz túl közel eső monitor áthelyezése. Ez megerősített minket abban, hogy eredetileg jól gondoltuk az elrendezést. Egy másik példa a gyerekágy rácsaiba szőtt huzat elleni takaró, ami aktiválta kreativitásunkat, hogy minél színesebben oldjuk meg a dolgot. Kaptunk egy írott anyagot arra az esetre, ha azt, amit elmondanak nekünk – egészségügyi szempontok – nem jöveznének meg. Sőt felírtunk egy regimont telefonszámot, baj esetére. Ez, és a mindennapos /majd egyre ritkuló/ kijáráások biztonságos hátteret nyújtottak lányunk neveléséhez. Továbbá az is, hogy ha valami problémánk, kérdéssünk volt, azt a legközelebbi alkalommal kitérgyaltuk, választ kaptunk. De elmondhattuk – és érdeklödték is iránta -, hogy milyen újdonságokat figyeltünk meg a kislányunknál. Sosem síklottak el az apróságok felett sem. Hátránya a programnak, hogy nem mindig jött ki jól az érkezésük, mert ha a gyerek aludt, bizony fel kellett ébreszteni a méréshez, vizsgálatához. Ezután pedig nyugós volt, felborult a napirendje. Viszont a barátságos légkör, ahogy a lányunkhoz és hozzánk szóltak, nagyot segített a kezdetben „mindennapi macerán”. Érezhettük, hogy a látogatásokkor nemcsak kívülálló nézők vagyunk, hanem aktív résztvevők is. Például a vizsgálatoknál nem a nővérke vetkőztette és öltöztette a babát, hanem a saját anyukája.

A vizsgálat után pedig – amíg anya öltöztette a lányát, a nővérke vele maradt, ellenőrizte – gondoljuk mi – a folyamatot és közben megvitatta a dolgokat az anyukával. Ezalatt az idő alatt a főorvos úr az apukát interjúvolta meg, így ő sem maradt ki semmiből. A gyakori fotózás büszkévé tett minket, hiszen melyik szülő ne élvezné, ha a gyermekét „szírolják”? A program végére rájöttünk, hogy szinte hiányozni fog a baráti ellenőrzés és az, hogy nem számolunk be a súlynövekedésről, a székiétről, és nem mutatjuk meg a saját magunk által nap mint nap készített étkezési táblázatot. Nem látjuk a főorvos úr és a nővérke mosolygó arcát, megnyugtató hangját. Végül örülünk a program végének, mert már nincs szükség a plusz ellenőrzésre, de szomorúak is vagyunk egy kicsit, mivel nélkülözni fogunk két jóbarátot. Köszönettel.”

A programba került koraszülöttek területi védőnői (13 fő) közül 5 fő és 1 szociális munkás kiválóan elsajátították az anyagot. További 6 védőnő passzív volt ugyan, de a szakmai anyag a rendelkezésükre állt, így esetleges komplikáció esetén használni tudták volna. Egy védőnő mereven elutasította a programban való közreműködést.

A háziorvosok felkészítése hasonló módon történt. A 15 újszülött 9 orvoshoz tartozott. Valamennyien megkapták az írott anyagot, és négy kolléga aktívan részt is vett az otthoni együttápolásban, összesen hatórányi időtartamban.

A helyszíni gondozás során 29 szülő és közös háztartásban lévő rokon összesen 131 órában részvett laikus-elsősegélynyújtási, koraszülöttgondozási és egészségnevelési elméleti, valamint gyakorlati oktatásban. Élményszámba ment, amikor egy 25–30 főből álló szorosán együttlakó cigány családban, a mater helyett, aki szegényebb szellemi képességei miatt nehezebben tanítható volt, a nagynénik és nagybácsik mondták vissza hibátlanul a megtanult sürgősségi protokollokat. Ebben a közösségben egyébként az OGO programban szereplő újszülött mellett az unokatestvérek között 3 hasonló korú szopós újszülött is volt, ami részben megkönnyítette a hazaadott koraszülött helyzetét.

Három felnőtt utasította el a programban való részvételt az írott anyag elolvasása után. Közülük egy a betanítás után félelemből lépett vissza, kettő pedig utólag elmondta, hogy szeretett volna a programba kerülni, de a védőnő határozottan lebeszélte őket. Ezzel ellentétben külön kiemelés érdemel, hogy a 3 igen rossz szociális környezetben élő cigánycsaládnál a védőnők viszont rendkívül támogatóak és aktívak voltak. A vizitekre a hazaadást követően, kezdetben naponta és közösen került sor. A látogatásokat a későbbiekben a kórházi OGO-team és a védőnő naponta alternálva végezték, csökkentve ezzel az „idő előtti hazaadás” kockázatát, biztosítva a folyamatos felügyeletet és a neonatológiai konzultáció lehetőségét.

A helyszíni vizitet végzők számára impreszionáló volt tapasztalni azt a fejlődést, amit a szülőkön, illetve a környezeten lehetett több helyen is lemérni.

Egy császármetszéssel 35. hétre született ikerpárnál, tüdőgyulladást, légmellet követően gyógyult állapotban került sor a programba vételre, egy földrajzilag meglehetősen elzárt faluban. A programban való részvételének pozitív eredményei közül kiemelendő, hogy a faluban megkülönböztetett figyelem irányult az ikerpár családjára. Az átlagosnál is jobban kezdték őket segíteni, hiszen eseményszámba mentek a neonatológusi helyszíni vizitek. A koraszülöttséggel járó jónéhány betegségen (IRDS, PPHN, sepsis neonatorum, i. u. pneumonia) átesett gyermekek zökkenőmentesen szokták meg az otthoni környe-

zetet. Bizonyította, hogy átlagos környezeti feltételek mellett, ikreket elsőszülő anyja is felkészíthető, még akkor is, ha a gyermekek életet fenyegető megbetegedésből gyógyultak. A védőnővel való kapcsolat kiemelkedően jó volt. A védőnő minden helyszíni viziten résztvett. A kezdetben rendkívül bátoratlan mater fokozatosan határozottá vált. A sürgősségi ellátásra vonatkozó elméleti anyagot szinte hibátlanul tudta interpretálni. Tanulságok: Azambu ballon használatra történő kiképzés a vártnak megfelelően félelmet keltett. Ezért az újraélesztési protokoll megtanítását még körültekintőbben kellett végezni, számítván arra, hogy nem minden részét tudják megjegyezni. Továbbá meg kell hagyni a szülő számára a szabad döntési lehetőségét arra, hogy kéri-e.

Az édesanya véleménye az OGO programról: „Amikor először olvastam a programot, bizony megijedtem. A szülőkre nem kis feladat hárul, ha vállalják a részvételt. Most amikor mi már kinőtünk ezt a programot és visszagondolok, én is félve vágtam bele. Mit fogok kezdeni egyedül otthon két ilyen kicsi babával, akik ráadásul nem kis betegségen voltak túl. A teendők között talán annyit jegyeznek meg, hogy a tünetek felismeréséhez egy kis gyakorlati bemutatót kapcsolnék. Ezt azon értem, hogy pl: hogyan kell pulzust, szívverés számolni? A légzést elég csak ránézéssel? 1 percig kell-e, vagy esetleg elég rövidebb ideig is átlagot venni?”

Egy alkalommal a kórházban felajánlottak ambuláns megmutatták alkalmazását és én megnyugtató képpen hazahoztam volna, de meggondoltam magam. Számomra megnyugtató volt a két naponta elvégzett vizsgálat. Az állandó orvosi és ápolási elérhetőség miatt nem estem pánikba, amikor egy kis „probléma” adódott. Véleményem szerint a babáknak is jobb ez a fajta gyógyítás. Az otthoni környezet, a nyugodt légkör jó hatással volt rájuk. A súlyuk rohamosan nőtt, szépen fejlődnek és én, mint kezdő kismama nyugodt vagyok. Bátran ajánlom minden szülőnek vágjon bele és vegyen részt az otthon gondozási programban. Bármilyen, számunkra elrémisztő dolgokat is olvasnak, nem szabad megijedniük. Köszönöm, hogy lehetőségem volt résztvenni és új, csak jó tapasztalatokkal tudok szolgálni.”

A helyszíni oktatás során sokszor olyan váratlan feladatokat is meg kellett oldani, amelyekre nem számítottunk.

Az egyik cigánycsalád egy jómódú ház félkész padlásán lakott három kislgyerekkel. A tetőtérbe vezető lépcső hiányos életveszélyes volt, ahová minden alkalommal mászni kellett. A szobát vaskályhával fűtötték. A tanácsadás során ismételten nagy erőfeszítéseket kellett tennünk, hogy elmagyarázzuk a füstmérgezés megelőzésének lehetőségeit. Később ugyanennél a családnál elfogyott a fűtőanyag és napokon keresztül 11°–14°C volt a szobában, megnehezítve az OGO „optimális környezeti feltételeinek” biztosítását. Az édesanya azonban ügyesen egy kis fészket épített az újszülöttnék, és az apa arra a lehetőségre, hogy esetleg vissza kell vinni az újszülöttet a kórházba, szerzett tűzifát a szomszédok segítségével. A szociális krízishelyzet megoldását követően a koraszülött súlygyarapodása ismét megindult, és az otthonápolás felfüggesztésére nem került sor.

A program végén az édesanya levelében a következőket írta (A szöveg a levél pontos és hű másolata): „Köszönöm, hogy Kati néni és a doktor úr olyan sokat segítetek örölem hogy esabikát előb hazahozhatam jó volt hogy mentő autóval mehetünk az utrahang vizgálatra és a szemvizgálatra. Biztonságosnak érzem hogy minden nap kijártak jövölt hogy mérleget is hoztak

meg tápszert is jól volt hogy felvilágosítottak a lélegeztetésről görcsökről Katinéninek külön köszönöm hogy megmászta a lépcsőt. Sok szeretettel üdvözlöm Katinéit és a Doktor úrat.”

Egy másik többgenerációs nagycsaládnál szembeültünk azzal, hogy a frissen hazaadott újszülötet a „tisza szobában” mutatják be akkor is, ha a tényleges szobát akarjuk megnézni tanácsadási céllal. Hosszas tájékozódás után lehetett csak kideríteni, hogy a fiatalok a ház melyik eldugott sarkában laknak. Ugyanakkor a rendszeres vizitek során elértük, hogy ránk való tekintettel valószínűleg az OGO program végéig, a 3 kg-os súly eléréséig, valóban a jobb állagú szobában lakhattak a fiatalok.

A több lépcsőben végrehajtott programunk kistelepekre adaptált otthongondozási oktatási prevenciós rendszerében 15 újszülött, illetve kiscsecsemő szerepelt. Közülük 4/15nél valamilyen ok miatt nem került sor az otthoni vizitekre. A 11 csecsemő nagy része valódi koraszülött (9/11) volt. A 11 résztvevő átlagos gesztációs kora 35 hét, átlagos születési súlya 2187g, a hazaadáskor mért testtömegük átlaga 2447g, az otthoni gondozás befejezésekor mért átlag pedig 3186 g volt.

Az átlagszámításba nem került bele az a 900 g-al született csecsemő, aki a rendkívül rossz szociális körülményei miatt életében először csak 5 hónaposan, 4580g-al, vízféjjel (hydrocephalussal), krónikus tüdőbetegséggel (BPD) maradványtünetekkel és koraszülötteseket fenyegető szembetegséggel (ROP) került hazaadásra. A családi adottságok (enyhén imbecil, kezdetben semmilyen, de később kifejlődve, erős anyai ösztönrel rendelkező édesanya, az apaság lényét kétségbe vonó alkoholista élettárs), rossz környezeti feltételek (sufniszerű, életveszélyes fűtési rendszerű lakóhely), a várható otthonápolási gondok és a kihívás nehézsége szóltak a hazaadás ellen. Ugyanakkor a védőnő, a szociális nővér és a felnőtt háziorvos rendkívül támogató és segítséget váró hozzáállása arra ösztönözte a munkacsoportot, hogy próbálják meg a kockázatosnak látszó feladat megoldását. Így a koraszülöttes otthoni beilleszkedését nehezítő típus-problémák miatt, életkora és súlya ellenére, ez a már 5 hónapos, alig több mint 4,5kg-os csecsemő is bekerült az OGO modellkísérletbe. Pozitív tapasztalatok: A koraszülöttséggel járó összes betegségen (IRDS, PPHN, PDA, BPD, NEC, HFO, posthaemorrhagiás hydrocephalus, valamint inguinalis hernia műtéten és ROP műtéten is) átesett gyermek a program végére zökkenőmentesen szokta meg a merőben új környezetet. A program bizonyította, hogy a legmostohább környezeti feltételek mellett is lehet – sőt ilyenkor lehet igazán – segíteni. A védőnővel és a családsegítővel való kapcsolat kiemelkedően jó és nélkülözhetetlen volt. A mater írott anyagot nem kapott, mivel nem voltunk biztosak abban, hogy olvassni tud-e. A későbbiekben kiderült, hogy ilyen gond nincs. A sürgősségi ellátásra vonatkozó elméleti anyagot hallás után szinte hibátlanul vissza tudta mondani. Amikor a gyermeknek domborodott a kutacsa adekvátan cselekedett, észlelte azt, és megfelelően orvoshoz fordult. Negatív tapasztalatok: A felnőtt háziorvos nyitott, együttműködésre kész volt, de nem jött egy alkalommal sem ki. A matertől szükségképpen nem kaptunk visszajelzést. Érdekeségként feltétlenül meg kell említeni, hogy az apa a kijárással a családra irányított figyelmet rögtön aprópénzre kívánta váltani

azzal, hogy az Önkormányzatban ránk hivatkozva kért segílyt. útkarbantartást és szinte mindent, de amint befejeztük a programot a gyerek számára már nem volt érdekes. Így kb. 2 hét múlva a csecsemőt az anyával együtt anyaszállásra kellett helyezni, mert az élettárs elűzte őket otthonról.

A védőnő utógondozással kapcsolatos véleménye: „Nevezett családnál az anya leányanya, illetve élettársi kapcsolatban él az élettárs szüleinél, akik roma származásúak. Rossz szociális viszonyok között, vályogból épült ház, víz közkútról. Az anya rokkantnyugdíjas, az élettárs munkanélküli. Az utógondozást a Peter Cerny Alapítvány heti kétszeri alkalommal látta el, illetve a védőnővel felváltva látogatta. A családnak ebben az esetben fontos volt az ellátás, mivel az anyagi lehetőségük nem engedte meg, hogy házi gyermekorvost fogadjanak, a faluban pedig csak felnőtt háziorvos van. Az anya hozzáállása csecsemőjéhez kezdetben rideg volt. A szoros gondozással és ellenőrzéssel az anya hozzáállása megváltozott, a több odafigyelés az anyai magatartást pozitív irányba változtatta meg. Biztonságot adott neki a rendszeres orvosi látogatás.”

A Gyermejköltségi szolgálat családgondozójának véleménye az utógondozásról: „Fenti gyermeket (-án) bocsátották otthonába. Különösen veszélyeztetettnek ítélem a gyermeket, mert születése óta az édesanyja nem sok alkalommal látogatta, nem tanúsított különösebb érdeklődést iránta. Az anya leszázalékolt, rokkantnyugdíjas a látása miatt. Alkatas, viselkedése, szociális helyzete mind azt sugallta, hogy nem alkalmas a sok-sok egészségügyi problémával küszködő gyermek ellátására, felnevelésére. A gyermeket saját apja sem vállalta, mai napig sem. Szerencsére a dolgok nem a „várakozásnak” megfelelően alakultak. Az anyát és környezetét rendkívüli módon befolyásolta a megkülönböztetett odafigyelés, rendszeres felkeresés, amit a Cerny Alapítvánnyal, védőnővel együtt végeztünk. Az eleinte közömbös anya, a gyermek és az odafigyelés hatására megváltozott, magatartása gondoskodó, szeretetteljes, együttműködő lett. Láttuk, hogy biztonságot adott az orvosi rendszer látogatás, a kórházi háttér. További rehabilitációja miatt a kapcsolat ezután is megmarad az intézmény és a gyermek között, valamint a védőnői és gyermekjóléti szolgálat figyelemmel kíséri, gondozza. Tanácsosnak látom a jövőben, hogy az alapítvány munkatársai személyesen végezzenek környezettanulmányt a gyermek hazaadása előtt, és hogy a további gondozás végett a szakintézményekkel szülessen együttműködési megállapodás. Így a szociálisan hátrányos helyzetű gyerek is megkaphatná a szükséges orvosi ellátást, fejlesztést. Jónak tartom az alapítvány kezdeményezését és amennyiben lehetséges magukat a szülőket (szomszédot, ha vállalkozik) tanítanám meg a speciális teendőkre (élesztés, stb.). Sok esetben a védőnő sem elérhető, gyerekorvos sincs minden településen.”

A kistelepelepi OGO-ban résztvevő csecsemők hazaadására átlagosan 21,2 napos korban, a gondozás befejezésére pedig a 39,3 életnapon került sor. A kórházi ellátás biztonságát nyújtó otthonápolási program során – a korábbi helyi hazaadási szokásokat figyelembe véve – becsülhetően 211 nappal lehetett csökkenteni a kórházi ápolás idejét.

Kiemelendő annak az ikerpárnak az esete, akik a 38. hétre 2310 g-al és 2280 g-al születtek. A kórháztól 21 km-re lévő kis faluba a felkészítést követően az ötödik életnapon történt a hazaadás. Az édesanya a következőket írta a program befejezésekor: „Nagyon jó dolognak tartottuk a programot és nagyon meg voltunk mindennel elégedve. Amikor még minden nap jártak hozzánk, nagy biztonságban éreztük a gyerekek egészségi állapotát.

Különösen nagy örömmel figyeltük a Tanár Úr minden napos precíz vizsgálatait, nagyon jó volt hallani, hogy a gyerekekkel milyen szépen és kedvesen beszéltek Marikával. Sok jó és hasznos tanáccsal láttak el, és mindenben nagyon segítőkészek voltak. Jó dolognak tartottuk, hogy Önök vitték a szemészeti vizsgálatra mentővel és nem nekünk kellett személyautóval a két picivel menni. Köszönetet szeretnénk mondani, hogy ilyen rövid idő alatt sikerült elérnünk a 3000 g-ot, ez szakis az Önök segítségével sikerült.”

A kisteleplüsi OGO programban résztvevők jól reprezentálták a magyarországi népesség szociológiai megoszlását. A 11 gondozott között 5 kisvárosban, 6 falun lakott. Kifejezetten rossz szociális körülmények között élt 3/11 cigány származású csecsemő. Földműves illetve munkáscsaládban, szerény körülmények között élt 4/11, szellemi munkát végző középosztálybeli 2/11 volt, és egy csecsemő élt kifejezetten jó anyagi lehetőségekkel bíró környezetben. Két család (3/15 újszülött, mivel egy ikerpár volt) a felkészülési szakban a megkezdett oktatást követően visszautasította a programban való részvételt, 1/15 esetben pedig a védőnő merev ellenállása miatt, a szülő pozitív hozzáállása ellenére sem került sor az idő előtti hazaadásra. Az így meghosszabbodott kórházi tartózkodás összesen 22-23-napra becsülhető. A programban részvételt visszautasítók kivétel nélkül mind a gyermek háziorvossal relatív jól ellátott részekben laktak. Kisteleplüsen lakó, illetve gyermek-szakorvossal nem rendelkező területen visszautasítás nem fordult elő, sőt ezeken a helyeken elsősorban a védőnők igényelték kifejezetten a szolgáltatást, és félelem nélkül szoktak hozzá a kórház korábbihoz képest megváltozott hazaadási szokásaihoz.

Az otthoni gondozás valamennyi eseméllyel sikeresnek bizonyult, szövődmény, tartós károsodás egyetlen esetben sem alakult ki. A többlépcsős modellkísérlet legfontosabb eredményét az a 429 szövődménymentes betegnap jelentette, amelyet az újszülöttek családi környezetben szorongásmentesen tölthettek.

A posztintenzív ellátás családi környezetbe kihegyezett formájában a család szorongását a kijáró, de a kórházi kezelés alatt már „megismert és megszokott” neonatológus és nővér sikeresen tudta oldani, hiszen a több hetes-hónapos kezelés alatt lehetőségük volt együtt megismerni a koraszülött „minden rezdülését”. Így nemcsak jóval könnyebben tudták felfedezni az esetlegesen induló, a koraszülötteknél időben alig észrevehető, „elmosódott” betegségi tüneteket, hanem tanácsaikkal tudták segíteni az otthoni környezetbe történő beilleszkedést, és a félelmet oldani. Tapasztalataik szerint a helyszíni vizitek folyamatos neonatológiai továbbképzési lehetőséget biztosítottak az alapellátásban dolgozó kollé-

gáknak is a kezdeti idegenkedésük legyőzése után. Ezek mellett természetesen a hozzátartozók és a gondozásban résztvevő egészségügyiek szorongása azzal is lényegesen csökkenthető volt, hogy az egyszerű, gyorsreagálású, megfelelő tanácsadást és ellátást nyújtó neonatológiai sürgősségi ügyeleti rendszer és annak többszörösen biztosított háttére folyamatosan rendelkezésre állt.

A kísérleti rendszer üzemeltetése során az is nyilvánvalóvá vált, hogy a koraszülöttek mielőbbi hazaadását és sikeres otthoni gondozását a legalaposabb protokollok segítségével sem lehet megoldani a szülő ellenkezése esetén. A szorongását, félelmét legyőzni nem tudó szülő újszülöttje szinte törvényszerűen, és ismételten vissza fog kerülni különböző osztályokra, elégtelen súlygyarapodás, infekció, vagy a reziduális betegségek miatt.

Ha meghiúsul a fent ismertetett kórházi szubintenzív neonatológiai ellátás kitelepítése a lakásra, azaz az OGO rendszer nem alkalmazható, akkor alternatív lehetőségként biztosítani kell a koraszülött vagy beteg újszülött „családiás” elhelyezését, a kórházi gyermekosztály elkülönített részlegében. Szakellátási szervezési tapasztalataink alapján, a kórházi gyermekosztályokon jól megszervezhető a „hosszútávú családi ápolás”. Ennek keretében a mater mellett kívánság szerint a házastárs, az egészséges testvérek, esetleg felváltva a nagyszülők is folyamatosan bentlakhatnak és résztvehetnek a „családiás ápolásban”. Ezt a módszert a „rooming in” analógiájára nevezhetjük „familing in”-nek. Az előbbi esetében az újszülött kerül be az édesanyja mellé a szülészeti kórterembe, az utóbbinál a családi ápolás keretében, gyakorlatilag egy „familing in” esemény zajlik, azaz a család kerül be a koraszülött gyermekük mellé a kórházi osztály megfelelően kialakított „lakóhelyére”, és vesz részt aktívan a holisztikus elvű ápolásban.

A kétféle rendszer összeköthetőségét bizonyította az az esetünk, ahol az ötgyermekes anya 31.hétre 1630g-al született, majd újraélesztett, gépi lélegeztetésre szorult, hydrokephalus miatt folyamatosan kontroll alatt álló, vérmérgezést (sepsist) követően kialakult csonthártyagyulladás (osteomyelitis) miatt kezelt koraszülöttje került 2 hónapos életkorban a PCA-OGO programba. A sikeres otthoni kezelés mellett azonban vérszegénység miatt két alkalommal kellett visszavenni az osztályra. Az otthoni ápoláshoz hozzászokott, a folyamatos monitorizálásra, sőt a teljes laikus szintű újraélesztésre felkészített házaspárt szinte sokkolta a rövidre tervezett (1 napos) kórházi visszavétel. A hosszú hetek alatt a pszichés vezetésben elért kommunikációs eredmények kerültek veszélybe a transzfúzió miatti visszavétellel. Ekkor jelentett igen jó megoldást az alternatív lehetőségként biztosított „familing in” rendszer alkalmazása, amikor beköltöztek a kórházi osztály elkülönített egységébe.

Az esettel kapcsolatos általános pozitív tapasztalatok: A szülést követően a mater 6 hétig folyamatosan a kórházban lakott, úgy, hogy otthon négy gyermek várta, ami miatt igen fe-

szült volt. Ezt a frusztrációs helyzetet oldotta az OGO-ban való részvétel, amikor a csecsemőt maradványbetegségei (posthaemorrhagiás hydrocephalus, periventrikuláris cysta, osteomyelitis, súlyos anémia) ellenére több hétig otthon tudtuk kezelni és meggyógyítani. A hazaadás és az otthonlét lehetősége biztosította, hogy az átmeneti izgalmak ellenére a teje nem apadt el (!), és a programból kiléptetéskor a csecsemő újra 60-90ml-eket szopott. A szülőkkel kiépíthető kapcsolat kiemelkedően jó volt. A gyermek-háziorvossal való kapcsolat folyamatos volt. A szülők az írott anyag mellett – program idejére – ambu ballont és szívót kaptak, amelyre azonban nem volt szükség. Apnoe párnára szintén nem volt szükség, azt nem is igényelték. A gyereket a nagy családi házban végig egy baby alarm – walky-talkyval – ellenőrizték. Az anaemia miatti transzfúziót sikerült optimális időben beadni. A konzíliumok jól szervezettek voltak, és a vértekenység miatti egynapos befekvés is megfelelő volt. *Negatív tapasztalatok:* A háziorvos szerint azzal, hogy nála napi 30-40g testsúlygyarapodást jelöltük meg optimálisnak, így félelmet keltettünk a materben. Ezt a mama részben meg is erősítette. *Az eset tanulságai:* A betegség önmagában nem kontraindikációja a hazaadásnak. Az orvosilag szükséges határpontok (hízási ütem, transzfúzió ideje, konzíliumok helye, ideje) – a háziorvos véleményével ellenében – nem lazíthatók, de a szülőnek ezt még jobban el kell tudni magyarázni, hogy ne keltsen bennük szorongást. A program elején, sőt a bevezető írott anyagban is hangsúlyozni kell, hogy az otthonápolást esetleg többször is meg kell szakítani néhány napos kórházi befekvéssel. Hiába tudták a szülők ennek a valószínűségét, ez mégis mindig egy nagy lelki traumával járt.

Tapasztalataink szerint az otthon gondozási oktatási rendszer (OGO) és a kórházi osztályon történő családi együttápolási módszer (family in) egymást kiegészítő elemek. Alkalmazásuk és megválasztásuk során mindig figyelembe kell venni a szülők habitusát, a család szándékát és az ellátás külső-belső körülményeit. A betegek érdekeit mérlegelő, individuálisan alkalmazott alternatívák magas szintű neonatológiai posztintenzív ellátást és gondozást biztosítanak.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a kórházi neonatális ellátás egy részét a családi helyszínre – szintérré („setting”) – telepítő otthon gondozási oktatási rendszerben, a napi feladatok, a gyógyítási-ellátási oldalról fokozatosan tolnak el a holisztikus igényű egészségnevelés felé. A medikális és a nem medikális tevékenységet végzők elengedhetetlen együttműködése emellett fokozatosan kiegészül az ellátottakkal és a hozzátartozóikkal kialakítandó szinte egyenrangú partneri kapcsolattal. Ennek egyik megjelenési formája a neonatológiai ellátásban megvalósítható, többszintes felnőttoktatási rendszerrel kiegészített neonatológiai otthoni ellátás-gondozás.

Az OGO szisztéma keretei között új megvilágításba kerülnek az újszülött-populációval kapcsolatos egészség-betegség fogalmak, a laikus-laikus tanácsadás, a kiképzett személyek mentálhigiénés, elsősegélynyújtó, veszélyhelyzet elhárító feladatai.

A családhoz tartozók krízishelyzeteinek felismerése, a sikeres probléma-megoldási képességeik vagy kudarcaik, az esetleg mobilizálható civil segítők, a családon belüli segítőmechanizmusok erősítése, ugyanakkor új eszközöket ad a korábbi patriarchális hozzáállású, sokszor túlmedikalizált ellátási hálózat, egészségnevelési-gondozási-oktatási és gyógyítási feladatainak ellátásához.

Összefoglalás

A koraszülöttek a megszületés után általában hosszú kórházi kezelésre szorulnak. A kórházi kezelés veszélyei miatt, tünetmentesség esetén, a megszületéskor kisebb testsúllyal is haza lehet őket adni, ami azonban alaposan megszervezett otthoni gondozást igényel. Ennek lényege nemcsak a rendszeres szakorvosi ellenőrzés, hanem az átlagosnál gyakrabban előforduló vészhelyzetek azonnali elhárítását biztosító koraszülöttmentő szolgálat. A Peter Cerny Alapítvány munkatársai, modellkísérleteik során, több lépcsőben próbálták ki otthon gondozási oktatási rendszerüket. Ennek keretében megszervezték a 2,5 kg alatti testsúllyal hazaadott koraszülöttek rendszeres otthoni neonatológiai ellenőrzését és oktatásban részesítették a babák környezetében élő felnőtteket (a családban élőket és az alapellátásban dolgozókat). Az oktatás nemcsak a gondozási feladatok ellátására, hanem a laikus elsősegélynyújtási, valamint a mentálhigiénés készségek fejlesztésére is kiterjedt. A kistéleplési körülmények között végzett otthon gondozási oktatási munka során új megvilágításba kerültek az újszülött-populációval kapcsolatos egészség-betegség fogalmak, a laikus-laikus tanácsadás, a kiképzett személyek mentálhigiénés, elsősegélynyújtó, veszélyhelyzet elhárító feladatai. A családhoz tartozók krízishelyzeteinek felismerése, a sikeres probléma-megoldási képességeik vagy kudarcaik, az esetleg mobilizálható civil segítők, a családon belüli segítőmechanizmusok erősítése, ugyanakkor új eszközöket adott a korábbi patriarchális hozzáállású, sokszor túlmedikalizált ellátási hálózat, egészségnevelési-gondozási-oktatási és gyógyítási feladatainak ellátásához.

IRODALOM: 1. *Somogyvári Zs.:* A prevenció lehetőségei a neonatológiai ellátásban II. A koraszülöttek és újszülöttek hazaadását biztosító otthon gondozási oktatási rendszer. *Gyermekgyógyászat* 2002. 53. 6. 621–642. – 2. *Somogyvári Zs.:* A prevenció lehetőségei a neonatológiai ellátásban I. A szülőszobai újraélesztés oktatása mint a primer prevenció eszköze. *Gyermekgyógyászat* 2002. 53. 4. 407–418. – 3. *Somogyvári Zs.:* Neonatológiai sürgősségi ellátás. *Medicina Budapest* 1998. – 4. *Göbl G.:* Oxiológia. *Medicina Budapest* 2001. 1, 141–171.