

# Az interdiszciplinaritás lehetőségei: az érzelmi jelenlét 10 éves jó gyakorlata a koraszülöttmentésben

SOMOGYVÁRI ZSOLT, KÓHALMI FERENC, VARGA KATALIN

## INTERDISCIPLINARY TEAM OPTIONS: 10 YEARS GOOD PRACTICE OF EMOTIONAL PRESENCE CARE IN RESCUING PREMATURE BABIES

A kritikus állapotú újszülöttek ellátása és transzportja sem a neonatalis intenzív ellátás eszközeit, sem az affektív pszichológia legújabb vívmányainak alkalmazását nem nélkülözheti. A leíró cikk részletesen ismerteti az interdiszciplináris együttműködés történetét, a protokoll kidolgozásának munkamódszerét és szakaszait, valamint az úgynevezett „rezonanciaalapú orvoslás” koncepciója ágy melletti adaptációjának lehetőségeit, az inkubátor mellett szükséges mentális és emocionális teendőket. A Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálatnál a tizedik éve használt és 32 400 transzportnál alkalmazott munkautasítás segítségével sikeresen lehetett adaptálni az affektív pszichológia legfrissebb vívmányait a neonatológiai sürgősségi ellátás rendszerébe. A különböző kommunikációs csatornákon keresztül érkezett jelzések igazolták, hogy a tudatosított, empatikus irányuláson alapuló, érzelmi fókuszú ellátás és a pozitív szuggesztív nyelvezet használata elengedhetetlen az újszülöttek, a nagy stresszt átélt szülők/családtagok és ellátóik mentális egészségének megőrzésében. A jó gyakorlat tapasztalatai alapján feltételezhetjük, hogy a koraszülött-transzportra kifejlesztett érzelmi jelenlétű ellátás módszerét – a megfelelő, szakmaspecifikus adaptációt követően – más betegcsoportokra, azok hozzátartozóira és az őket ellátó személyzet mentálhigiénés egyensúlyának biztosítására is sikeresen lehetne használni.

Care and transport of critically ill new-born babies cannot lack either the means of neonatal intensive care or applying the latest achievements of affective psychology. The present descriptive study concerns the history of interdisciplinary cooperation, the methods and stages of developing the protocols further the options of bedside adaptation of the so-called “Resonance Based Medicine” concept and necessary incubator related mental and emotional activities. While implementing the working instructions through 10 years at the Peter Cerny Foundation Ambulance Service in 32,400 transport cases, we applied successfully the latest achievements of affective psychology within the system of neonatal emergency care. Reactions received through various communication channels have justified that conscious, empathetically gained and emotionally focused care and the use of positive suggestive language are essential for saving mental health of neonates, their parents/relatives stressed significantly and that of the caregivers. Based on the experience of this good practice, we can assume that the method of emotional presence care, developed for preterm infant transport, can be successfully used for other patient groups and their relatives and the relevant caregivers in order to ensure the mental health balance of all the involved persons.

**koraszülöttmentés,  
rezonanciaalapú gyógyítás,  
szuggesztív, kommunikáció,  
mentálhigiéné**

**neonatal transport,  
resonance based medicine,  
suggestion, communication,  
mental hygiene**

dr. SOMOGYVÁRI Zsolt (levelező szerző/correspondent), dr. KÓHALMI Ferenc: Peter Cerny Alapítvány a Beteg Koraszülöttek Gyógyításáért/Peter Cerny Foundation for Curing Sick Babies; H-1450 Budapest, Pf.: 10. E-mail: somogyvari@pca.hu  
dr. VARGA Katalin: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Affektív Pszichológia Tanszék/ELTE-PPK Department of Affective Psychology, Budapest

Érkezett: 2023. március 16. Elfogadva: 2023. április 21.

<https://doi.org/10.33616/lam.33.0289>

## Koraszülöttmentés – a neonatológiai sürgősségi ellátás interdiszciplináris kapcsolatai

Magyarországon a szülések döntő többsége kórházban történik szülészek, neonatológusok, aneszteziológusok, szülésznők és gyermekápolók együttműködésével. Interdiszciplináris ellátásuk arra irányul, hogy az anya és az újszülött természetes módon élhesse meg a szülést/születést és az adaptációs időszakot a rooming-in részlegbe, vagyis a baba-mama közös szobába kerülésig. A megszületés utáni percekben a korai kötődés, azaz az édesanya és újszülöttje közötti kapcsolatfelvétel biztosítása a szülészeti-neonatólogiai ellátást végzőktől olyan „kísérő” funkciót vár el, amely minimalizálja a medikális beavatkozásokat. Az újszülött születését-adaptációját megzavaró váratlan esemény 30 másodpercen belül megkezdett, hatásos beavatkozásokat igényel. Az élesztést a szülés helyszínén tartózkodó, kellően képzett és gyakorlott, csak az újszülöttet ellátó, két-három fős teamnek kell végeznie (1).

A szülőszobáról az anya és az újszülött ügyvezett kórházon belüli szállítással kerül a rooming-inbe vagy az újszülött részlegre. Ritkábban az újonnan születettet a helyi patológiás-újszülött részleg, azaz a II-es szintű neonatológiai ellátó osztály (NIC-II) fogadja. Intenzív ellátási igény esetén többnyire „kórházak közötti transzporttal” jut el a koraszülött a regionális központba, azaz a III-as szintű neonatalis intenzív centrumba (NIC-III). Az interhospitális transzportot korábban szülészeti nővérek és oxiológusok végezték. A '90-es évektől az újszülött-szállítási feladatot a „mozgó neonatalis intenzív osztályos szállítási egységek” (mNICU) hajtják végre. Üzemeltetésük országosan kilenc regionális alapítvány feladata. Az mNICU-k tevékenysége a fiatal csecsemők diagnosztikus vizsgálatokra, konzíliumokra, posztintenzív osztályokra szállításával egészül még ki. Feladatukat a Mentésügyi Rendelet a „6 kg és 60 cm alatti” csecsemők mentéseként és őrzött szállításaként fogalmazza meg (2).

A neonatológiai sürgősségi ellátást (NSE) az ország központi régiójában a Peter Cerny Alapítvány (PCA) végzi, körülbelül 20 ezer km<sup>2</sup>-en élő négymillió populációt és évi 38 ezres születésszámot lefedve (1. ábra) (3). A régió speciális adottságai miatt a PCA – a vidéki központoktól eltérően – jóval több szülőszobai segítségnyújtást, „kórházon belüli” és prehospitalis mentést is végez (4).

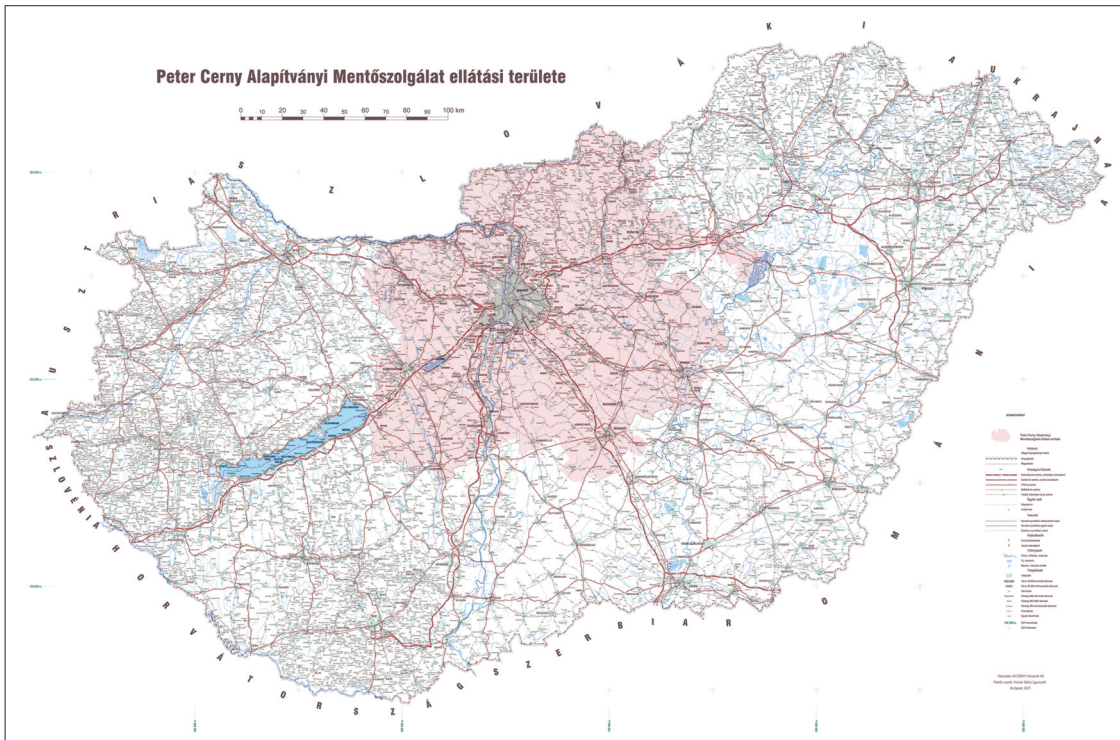
### RÖVIDÍTÉSEK

EBM: bizonyítékokon alapuló orvoslás, Evidence Based Medicine  
 ELBWI: extrém kis súlyú koraszülött, Extremely Low Birth Weight Infant  
 ELTE, PTK, APT: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Affektív Pszichológia Tanszék  
 FCC: családközponturny ellátás, Family Centered Care  
 mNICU: mozgó neonatológiai intenzív ellátó egység, mobil Neonatal Intensive Care Unit  
 NIC: Neonatalis Intenzív Centrum, Neonatal Intensive Care Unit  
 NIC-II: II-es szintű neonatológiai ellátó osztály (régii nevéen Patológiás-újszülött Részleg)  
 NIC-III: III-as szintű neonatalis intenzív centrum (régii nevéen Perinatalis/Neonatalis Intenzív Centrum)  
 NIDCAP: Újszülöttek Fejlődéséhez Személyre Szabott Ellátási és Megfigyelési Program, Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program  
 NSE: Neonatológiai Sürgősségi Ellátás  
 OGO: Otthongonozási Oktatási Program  
 PCA: Peter Cerny Alapítvány  
 RBM: érzelmi alapú orvoslás, Resonance Based Medicine  
 3T: „Tiszta kéz, tiszta szív, tiszta fej”

## Az „érzelmi jelenlét” jó gyakorlatának kidolgozása

### Háttér

Az NSE során gondot jelent, hogy a koraszülöttet sokszor „hirtelen”, az anya és újszülöttje közötti kapcsolatfelvételt meggátolva kell elszakítani az anyától, például szülőszobai újraélesztés vagy NIC-III-ba szállítás esetén, ami az éppen világra jött újszülöttnak az édesanyjához történő pszichés kapcsolódását zavarja meg. A transzportot éretlen szervezete erős, sokszor kezelhetetlen stresszként éli meg, súlyos szövödmények veszélyeivel. Ezért szállítása eltér a felnőtt oxiológiai protokolloktól. Sőt, a transzport alatt a felnőttmentésben nem alkalmazott életfenntartó beavatkozásokat (magas frekvenciájú respiráció, nitrogén-monoxidos lélegeztetés stb.) is igé-



1. ábra. A Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat ellátási területe

nyelhet. Szintén NSE-specifikum, hogy a 400-500 grammos, extrém éretlen koraszülöttek (ELBWI) is éreznek fájdalmat, sőt erősebbet és területileg szétszaggazóbbat, mint a felnőttek (5–8). A fájdalom és a stressz miatti diszkomfortérzések gyógyszeres csökkentése jóval nehezebb, ami a nem farmakológiai eljárások preferálását igényli (9, 10).

Köztudott, hogy a gyógyítás nem nélkülözheti a gyógyítók empátiáját. A beteg szenvedésének megértésére, a kiváltott érzelmek kontrolljára, a konfliktushelyzetek elsimítására szolgáló érzelmi sémák megtanulása azonban a képzésekben nem kap megfelelő hangsúlyt. Vezérfonal hiányában az orvosok többnyire érzelmi intelligenciájuknak megfelelő ösztönös reakciókkal, otthonról hozott készségekkel és a képzésük során az oktatási-gyógyítási környezettől ellesett módszerekkel próbálnak reagálni. Pedig ma már elvárt, hogy a gyakorlatban is alkalmazható pszichológiai tudással rendelkezzenek. Bizonyított tény, hogy sokkal sikeresebb és elégedettebb az az orvos, aki empatikusan foglalkozik a betegeivel (11).

## A fejlesztés evolúciós előzményei a PCA-nál

Az affektív, vagyis az érzelmi szabályozással és motivációval foglalkozó tudományterületek legújabb felfedezései rámutattak, hogy nem létezik

izoláltan csak racionális folyamat, mert mindig jelen van egy érzelmi oldal is. A legújabb neurobiológiai kutatások alátámasztották, hogy az érzelmek központi szerepet játszanak döntéseinkben és a dolgok megítélésében; továbbá a megélt érzelmi intelligencia és a helyes önreflexió fontosságát is kiemelik (12). Az objektív valóságot az érzelmi valósággal szembeállító, az ész, az értelem és az érzelem között markáns határvonalat húzó hagyományos megközelítés lassan az egészségügyi ellátásban is háttérbe szorul. Ez azt jelenti, hogy az orvoslásban sem alapozhatunk csupán az objektív adatokra, mivel az érzelmek kifejezése a betegellátásban nem tekinthető mellékes tényezőnek, sőt diszfunkcionalitásnak sem – sokkal inkább a szakmai kompetencia növelését szolgáló erőforrásként értelmezhető (13).

Az érzelmek központi szerepe a NSE-ben kiemelt jelentőségű. A neonatológiai betegcsoport gyógyítására különösen jellemző, hogy a legmodernebb technikai eszközök és a bizonyítékokon alapuló gyógyítás, azaz az Evidence Based Medicine (EBM) alapján álló protokollok önmagukban nem elegendők. A NIC-ellátásban a manuális képességeken túl a „nem technikai készségekben” való jártasság is egyre nagyobb jelentőséggel bír. Az extrém kissúlyú koraszülöttek (ELBWI) csoportjának javuló morbiditási adatai alapján egyre nyilvánvalóbb, hogy az érzelmi tényezők szerepe a gyógyulásban és az ellátás

### 1. táblázat. Az interdiszciplináris együttműködés evolúciós szakaszai

- a) *A stresszmentes ellátás tapasztalati alapú, intuitív szakasza*
- neonatológiai rohamkocsik fizikai stresszcillapító elemeinek beépítése (1989)
  - rögzítést szolgáló vákuummatrac „fészek” vagy „műanya” funkciójú használata (1989)
  - otthon ápolási és otthon gondozási program Budapesten (1996–1998)
  - fényképezés bevezetése, a „Szülő-Mentő Lelki-Segítő Program” kezdetei (1996)
  - a korai kötődés biztosítása a „bőr-bőr” és „szőr-bőr” kontaktus módszerével (1997)
  - otthon ápolási és gondozási program (OGO) kistérségi adaptálása (1998–2001)
  - a koraszülött korai interakciók és a „családbarát megoldások” lehetőségeinek alkalmazása (2003)
  - rendszerszerűen alkalmazott stresszmentes ellátási törekvések (2003)
  - családközpontú ellátási elvek rendszerszerű alkalmazása a koraszülöttmentésben (2007)
- b) *Az interdiszciplináris együttműködés kiterjesztésének kezdetei a pszichológia tudománya felé*
- kurzusokon való aktív részvétel:  
Neonatal Comfort and Care – Ipokrates – Gmunden 2002; (Anand, Charpak)  
NICCAP workshop EuSciFound – Brüsszel 2002; (Westrup)  
Koraszülöttek fejlődése a NICU kezelés alatt – IDNIC – London 2003 (Als)  
Supporting Parents & Infants in the Perinatal Period – ELTE – Budapest 2012 (Boukydis)
  - előadói részvétel az ELTE PPK Affektív Pszichológiai Tanszék perinatológiai szaktanácsadói képzésében (2008 óta)
  - a szacharóz (nádcukor) fájdalomcsillapító hatásának kihasználása a mentési gyakorlatban (2010)
  - „nem táplálási célú szoptatás” forszírozása a fájdalmas beavatkozások előtt (2010)
- c) *Tudományos együttműködési szerződés az ELTE PPK Affektív Pszichológia Tanszékkel*
- kidolgozása (2013)
  - az „érzelmi jelenlét protokoll” harmonizációja és működtetése a stresszmentes koraszülöttmentési ellátással
  - tapasztalatok közös levonása az eredmények tükrében

minőségének javulásában is megkérdőjelezhetetlen (14–16). Egyértelműen kimutatható, hogy az újszülött, a családtagok és az ellátásban részt vevők között kialakult kapcsolat nemcsak egy tényező a sok közül, hanem nagy lehetőség is (17). Ennek pszichológiai alapját az egyre inkább a figyelem és a kutatások előterébe kerülő, úgynevezett „Resonance Based Medicine” (RBM), azaz rezonanciaalapú orvoslás módszerei képezik, amelyeket tévesen a sokszor túlhangsúlyozott „Evidence Based Medicine” (EBM), tehát a bizonyítékokon alapuló orvoslás ellentétének állítanak be, holott az EBM és az RBM elemeinek ki kellene egészíteniük egymást (18).

Az RBM fogalmának körülírása *Monika Glawischnig-Goschnik* pszichiáterhez köthető (2010) (19). Gondolatai alapján az „egy hullámhosszra kerülés valakivel” a koraszülött-ellátásban úgy értelmezhető, hogy nem verbális és kreatív eszközökkel, egyediségükben – mintegy „érzelmileg rájuk rezegve” – próbáljuk meg érzékelni a koraszülötteket. Az „együttrezgéses” érzelmi kapcsolat fontosságát hangsúlyozza a családközpontú ellátás, azaz a Family Centered Care (FCC) is. Elterjedésével egyre világosabbá vált, hogy az „érzelmi protokoll” az egészségügyi ellátók körében hasznos és eredményes készségfejleszthető (20). Az egészségügyi szakembereknek meg kell érteniük, hogy a szülők és gyermekek pszichológiai jóllétének megteremtésében különös jelentőségük van a gyógyítás során kiépített érzelmi kapcsolatoknak (21). Sőt, a sikeres gyógyításhoz nemcsak az szükséges, hogy

a neonatológus minden cselekedetét reményteljesen, bátran, hittel és szeretettel végezze – inkább „kísérve”, mint „gyógyítva” a babát –, hanem hogy ebbe a közös erőfeszítésbe segítségként bevonja és egyben támogassa is a szülőket.

A PCA elindulása óta törekszik a fájdalom és a stressz csökkentésére, a szülők és ellátóik pszichés gondozására, valamint a támogató gondolatok tudatos, preventív alkalmazására. Az érzelmi jelenlét jó gyakorlatának kialakítása három szakaszban, az innovációs lépcsők egymásra épülésével történt. Ezek a) a stresszmentes ellátás tapasztalati alapú, intuitív szakasza, b) az interdiszciplináris nyitás a pszichológia felé, valamint c) a közös projekt az ELTE-vel. Az 1. táblázat az interdiszciplináris együttműködéshez vezető kezdeményezéseket ismerteti.

#### A vezérfonal kidolgozásának munkamódszere

A tudományos együttműködés keretében a PCA és az ELTE, PPK Affektív Pszichológia Tanszékének (APT) szakemberei első lépcsőben az úgynevezett „brainstorming” munkamódszerét használták. Kiindulásul és vezérfonalként szolgált, hogy az „érzelmi jelenléttel történő ellátás” más segítő szakmákban is sikerrel alkalmazható. Az elképzelést a *Larson* és *Yao* által leírt empátiaelmélet (11) támogatta olyan értelemben, ahogy az is több elemet – a kapcsolat kialakítását, a reakciók adását és a gyógyító személy hangulatának meghatározását – foglal magában. Ezt egé-



szítette ki a célzott szakirodalom-elemzés, amit az addig használt stresszoldási módszerek, egyéni klinikai megfigyelések értékelése, valamint a felnőtt, kritikus állapotú betegek kezelésekor szerzett tapasztalatok beemelése követett. Ezután interdiszciplináris műhelymunkával foglalmaztuk meg azt a konszenzuson alapuló, saját vezérfonalat, amely a fél éves próbaidőszakban a közös kivonulások tapasztalatszerzését segítette és a jó gyakorlat kialakítását szolgálta.

A végleges munkautasítás minimális változtatások után, 2013 végétől került bevezetésre. Interdiszciplináris alapját *neonatólogiai oldalról* az orvosi/ápolási és transzportprotokollok, az inkubátornál szerzett klinikai megfigyelések, a koraszülöttek igényeit kielégítő ösztönös tevékenységek és az igény szerinti ápolás rendszereiről szóló publikációk (14–16, 20), továbbá a PCA akkor már csaknem 25 éves működése során bevezetett innovációk tapasztalatai adták (2. táblázat).

A vezérfonal alapját *pszichológiai oldalról* a *Watkins* szerzőpáros (22–24) munkája jelentette. Eszerint az érzelmi jelenléttel történő ellátás során a gyógyító párhuzamosan két perspektívá-

ban gondolkozik: egyrészt érzelmileg átéli a páciens panaszait, másrészt objektív, tudatos távolságot is tart. E modell alapján a kölcsönös ráhangolódás, így az önhatárok kitágítása is belevonódik a páciens és a terapeuta közös érzelmi terébe. Ilyen módon a gyógyító személy éneje megerősítheti a páciens. Ez az együttrezgés a gyógyító részéről energiabefektetést kíván, és nem egyszerűsíthető le arra, hogy pusztán empatikus a pácienssel (25). Az elméleti, szakirodalmi ismeretek mellett a pszichológusok által a koraszülöttmentő kivonulások során szerzett közvetlen megfigyelések, továbbá az affektív pszichológia gyakorlati eszközei is felhasználásra kerültek (3. táblázat).

A pozitív szuggesztió alapuló kommunikáció hatékonyságáról és interdiszciplináris alkalmazhatóságáról egyre bővülő irodalmi háttér áll rendelkezésre (26–30). Erre alapozva olyan példamondatokat képeztünk, amelyek bizonyos neonatólogiai sürgősségi szituációkban alkalmazhatók. Folyamatosan bátorítottuk az ellátásban részt vevőket, hogy – a pozitív szuggesztió fő szabályai szerint – alkossák meg saját szófordulataikat (31, 32). A neonatólogiai ellátást segítő példamondatokat a 4. táblázatban soroltuk fel.

## 2. táblázat. A stresszmentes és a „családközpontú ellátás” eszközei a transzport alatt

1. A fizikai stresszingeret preventív tompítása a kivonulások során
  - hő, zaj, fény, vibráció minimalizálása speciális mentőfelépítménnyel
  - gyorsulás-lassulás-vibráció minimalizálása preventív vezetéstechnikával („suhanó üzem mód”)
  - hő, zaj, fény, rázás kerülésének ápolástechnikai eszközei (például inkubátort fedő takaró)
2. Az intenzív ápolás káros fizikális noxiáinak kerülése: „Békét az inkubátorban!”
  - a felesleges medikális beavatkozások kerülése, igény szerinti ápolás: „minimal handling” az ápolási célú érintések számának csökkentésével, a gyakori vizsgálatok, eszközös beavatkozások ritkításával
  - éber újszülöttnél a beavatkozások végzése lehetőleg az édesanya/apa jelenlétében/segítségével
  - váratlan, megrténést okozó inkubátorablak-nyitások kerülése
  - gyors, hirtelen, kapkodó ápolási mozdulatok/mozgások és fordulások kiiktatása
  - személyzet tudatos irányulása a beszélgetés hangerejének önkorlátozó kontrolljával
  - monitorok lehalkítása
  - lehelés megelőzése a magzatvíz leitatásával, koraszülötteknél fóliába csomagolással
  - a túlmelegedés megakadályozása ismételt hőmérsékletméréssel, hőfokbeállításal
3. Kommunikációs interakciók
  - a harmonikus kapcsolat lehetőségeinek és az ehhez méltó környezetnek a megteremtése
  - a születés örömeinek megélése meghitt, csendes módon
  - az anya megnyugtatása, a stabil állapotú újszülött, koraszülött megmutatása
  - szemkontaktus, bőr-bőr kontaktus és tactilis ingerek lehetővé tétele
  - újszülöttnel való empatikus ápolói viselkedés
  - édesanya/ápoló személyzet beszédének/énekhangjának nyugtató-ringató hatású alkalmazása
  - szeretettel foglalkozás, nyugodt beszélgetés
  - a szülők biztatása az újszülöttnel való nyugtató „beszélgetésre”
  - mindig a nevének szólítsuk az újszülöttet
  - szavakkal vagy gondolatban mindig mondjuk el neki, hogy mi fog történni vele
  - elszállítás esetén fotó készítése az újszülöttről és lehetőség szerint az édesanyáról is
  - transzport előtt az elbúcsúzás/elköszönés és a megérintés lehetőségének biztosítása
  - kézzelfogható emlékek átadása (kisruha, pelenka)
  - az édesapa és a többi hozzátartozó számára is vizuális és tactilis ingerek biztosítása/forszírozása
  - az apa számára felajánlott elkíséresi lehetőség
  - stresszoldás, pszichés erőgyűjtés bátorító eseteinek bemutatása („ilyen volt – ilyen lett” album)
  - koraszüléskor a poszttraumás stresszminták oldása
  - tragikus esetben a „gyászmunka” támogatása: felöltöztetés, anya kezébe adás, emlékfotó

### 3. táblázat. Az érzelmi protokollban használt pszichológiai eszköztár

#### Alkalmazott technikák:

- problémák tudatosítása-listázása
- autogén tréning (vagy más relaxációs) gyakorlatok
- „izolációs vagy könyvtámasz” technika
- „ráhangolódási” gondolattisztítás
- negatív érzelmek felszínre hozása, „ventilálás”
- „3T technika” vagyis a „Tiszta kéz, tiszta szív, tiszta fej” mottó
- mentálhigiénés önszugesztív technika („ahogy a kezem tisztul, úgy a szívem is”)
- szakmaspecifikus szugesztív példamondatok
- elbúcsúzási technika az „ürességérzés” oldására
- pozitív megerősítő kifejezések használata
- szülői szerep erősítése, az önvád oldása
- szorongásoldás, bizalomépítés a fogadóhely elfogadtatására
- szubjektív hangulatfelmérés gondolati pontozási technikája

### Az érzelmi jelenlétű ellátás teendői a koraszülöttmentés napi gyakorlatában

A koraszülöttmentésben nélkülözhetetlen érzelmi jelenlétű ellátás teendőit a kivonulás egyes állomásaihoz köthetjük. Ennek indoka, hogy egy kivonulás során legalább három különböző helyen (a mentőautóban, a hívást leadó kórházban vagy más hívó helyszínen, a mozgó intenzív osztályként szolgáló mentőnkben, az átvevő kórházban és újra a mentőben, vissza a bázisra) kell alkalmazkodni a környezeti viszonyokhoz, kezelni az ott fellépő speciális kihívásokat, és alkalmazni az adott helyszínnek megfelelő – kommunikáción és együttérzésen alapuló – olyan megoldási lehetőségeket, amelyekkel az ellátók aktív „érzelmi befektetése” eredményessé válhat.

#### Mielőtt elkezdődik egy munkanap

Szolgálat előtt tudatosítsuk a gondjainkat és szabaduljunk el tőlük az alábbi technikákkal:

- Készítsünk listát az aktuális problémáinkról (családi konfliktusok, gyermekek betegségei stb.).
- Végezzünk autogén tréning gyakorlatokat.

### 4. táblázat. A szugesztív kommunikáció eszközei – tipikus neonatológiai példamondatok

Szokványos, nem ajánlott fordulatok:	Helyettük ezek javasoltak:
Én vagyok az, aki most bántani fog-	Azért jöttem, hogy segítek.
Én foglak megkínózni-	Jöttem segíteni.
Ez most nagyon kellemetlen lesz-	Azt fogod érezni, hogy...
Kellemetlen lesz-	Érezni fogod, ahogy...
Nem fog fájni-	Igyekszem finoman/gyorsan csinálni.
... hogy ne legyen semmi baj!	...hogy minden rendben legyen.
Ne haragudj...!	Tudom, most mást szeretnél/szívesebben lennél...
Sajnos most el kell vinnünk a gyereket-	Össze vannak kötve, a távolság nem számít.

– Használjunk úgynevezett „izolációs vagy könyvtámasz” technikát, konkrét időbeli kezdettel és véggel. Például reggel, a munkaruha vasalásakor tudatosan álljunk bele hivatásunk szerinti szerepünkbe.

„Hangolódjunk rá” az esetre. Tudatosítsuk befejezetlen ügyeinket, csökkentve az azok miatti feszültség felgyülemelését.

#### Betegellátás az adott kórházi osztályra vagy a prehospitalis helyszínre érkezéskor

Az átadó személyzet információi közül emeljük ki a lényegeseket, közben figyeljünk a helyszínen uralkodó, esetleg impulzív érzelmekre (kiabálás, szinte tapintható feszültség), és magunkban egy egytől ötig terjedő pontozási skálán becsüljük meg ezek mértékét. A pontozás célja: a) hozzuk felszínre, mondjuk ki a saját negatív érzéseinket, vagyis „ventiláljunk”, b) az információ befogadásánál, annak lényegi megtartása mellett így tudatosíthatjuk és kizárhatjuk a bennünk keletkezett érzelmi választ.

Mielőtt elkezdjük vizsgálni a csecsemőt, gondoljunk végig az alábbi pontokat:

„Kizártam a külvilágot, és megszereztem az összes lehetséges információt. Pontosán elrendeltem kollégáim felé az elvégzendőket. Az eddigiek alapján összegzem a tényeket és az érzéseimet. Végül, amikor az inkubátor mellé lépek, minden idegszálammal már csak az újszülöttre koncentrálok.” Az ellátás részeként mindig használjuk az úgynevezett „3T technikát”, vagyis a „Tiszta kéz, tiszta szív, tiszta fej” mottót. Mivel az ellátás kezdetén higiénés okból kötelező az alapos kézfertőtlenítés, ezzel párhuzamosan, mentálhigiénés megfontolásokból érzelmi és kognitív szinten gondolati tisztálkodást is kell végezni. Ehhez az alábbi technika mintegy önszugesztívot javasol: „Ahogy a kezeim megtisztulnak, úgy tisztul meg a szívem és a gondolataim is mindattól, amire a jelenben, itt és most semmi szükségem nincs.” A mechanikus kézmo-

sásnak addig kell tartania, amíg az érzelmi megtisztulás is megtörténik.

Amikor az inkubátorhoz lépek, akkor „már csak az újszülötté leszek”. A következőkben kizárólag pozitív gondolatokat fogalmazok meg magamban. Tehát, közeledve az újszülöthöz, az alábbiakat tudatosítva csak figyelem őt:

– „Megnyugszom, figyelem az újszülöttet, megtisztítom a gondolataimat, az érzéseimet, közben ráhangolódok a gyermekre, és egyre több szeretet ébred bennem.”

– „Jöttem segíteni neked.” Becézem, finoman megérintem, rátehetem a kezem a fejére, vagy csak mellé, hogy érezze a kéz melegét.

– „Most nehezen kapsz levegőt, ami nagyon rossz érzés neked. Én tudok ebben segíteni: jobban leszel, és akkor újra együtt lesztek anyával/apával.”

– Az ellátás lépéseiről is mindenképpen tájékoztatást kell adnunk, hiszen ez fontos a babának: „Most beteszünk a mentőautóba, ami majd elringat téged, és ahol nagyon kellemes meleg lesz.” „Ahová most viszünk, ott már várnak bennünket.”

– Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a koraszülöttek és a beteg újszülöttek is érző emberek, akiknek joguk van ahhoz, hogy megértsék, ami velük történik, hogy csillapítsuk a fájdalmukat, félelmüket, szorongásukat úgy, hogy verbálisan vagy gondolatban mondjuk el nekik, milyen vizsgálat, beavatkozás fog történni.

*Az inkubátorban végzett vizsgálat alatt, a diagnózis felállításáig, vagy amikor beavatkozást végzünk, csak pozitív üzeneteket küldünk az újszülött felé. Soha NE mondjuk, hogy „Én vagyok az, aki most bántani fog”, ehelyett használjuk ezt a formulát: „Azért jöttem, hogy segítsek.” NE mondjuk, hogy „Ez most nagyon kellemetlen lesz”, helyette inkább ezt: „Azt fogod érezni, hogy...”.*

*Miután az inkubátorban elvégeztük a teendőket:*

– A 3T technika alapján ismételjük meg a mentális kimosakodást.

– Készítünk egy fényképet az újszülöttről az édesanya részére (2. ábra).

– Bőr-bőr érintéssel/öleléssel teremtünk meg az anya és újszülöttje közötti fizikai kontaktust, és lehetőség szerint biztosítjuk a korai szoptatás lehetőségét is.

– Készítünk még egy fotót, az újszülött részére, amin a szülők is szerepelnek (3. ábra, anyai beleegyezéssel). A szülőknek mondjuk a következőket: „Készítettünk Önöknek egy képet a babáról, és ha szeretnék, szívesen készítünk egyet Önökről is, amit aztán a baba mellé teszünk az inkubátorba.” A felajánlásunk a szülők számára az első olyan önálló döntési lehető-



2. ábra. Fénykép az újszülöttről az édesanyának



3. ábra. Fénykép az anyáról/családról az újszülött inkubátorában

séget teremt meg, amely a történetek feletti kontroll érzését adja nekik, és amit ebben az amúgy kontrollvesztett helyzetben meg tudnak ragadni. Ha a válasz igen, készítünk el a képet, bátorítva az anyát, hogy adjon puszit a képre, a babának küldve.

Búcsúzunk el a szülőktől, és nyugtassuk meg az újszülöttet így: „Lassan elindulunk, és nagyon fogunk vigyázni rád.”

*Mialatt tájékoztatást adunk a szülőknek, meg is kell nyugtatnunk őket!*

Az elszállítás miatt a szülők nem tudják kellő ideig nézni az újszülöttet, rettegnek egy lehetséges, fenyegető veszteségtől, ami a fájó „üresség



érzését” kelti bennük. Enyhítő mondatok: „Miután sikeresen stabilizáltuk a baba állapotát, gyönyörködjenek egy picit Tamáskában.”, vagy egészen személyes megjegyzésekkel kompenzálhatunk, például: „Nagyon aranyos, hosszú ujjacskáik vannak”. Használjunk annyi pozitív megerősítő kifejezést, amennyit csak tudunk, például: „stabil az állapota”, vagy: „nagyon szép, amint ezt Önök is látják” stb.

Bármilyen kicsi is a súlyuk, a koraszülötteleket mindig szólítsuk a nevükön.

Adjunk információt arról, ami történt, ami éppen történik, és ami várható.

Erősítsük az anyát és az apát is a szülői szerepükben azzal, hogy „édesanyának”, „édesapának” szólítjuk őket.

Oldjuk fel a szülőknél az önvádat, és biztosítsuk őket, hogy nem tehetnek a történetekről.

Mondjunk pozitív dolgokat az újszülött külsejére, viselkedésére.

Ha sír: „Nagyon okos kisbaba, így mondja el nekünk, hogy nem szeretne elmenni Önök mellől.”

Részletezzük, hogy a fogadó NIC-ban pontosan hol, hogyan és kinél érdeklődhetnek az újszülött hogyléte felől.

A NIC említések az ottani biztonságos ellátást, és ne a koraszülött súlyos állapotát, a kezelés technikai nehézségeit vagy a betegség összetettségét emeljük ki.

Ha az újszülött állapota engedi, támogassuk a mellre tételt, és biztassuk az édesanyát a fejésre.

Hangsúlyozzuk a személyes látogatások fontosságát.

*A küldő intézményből való távozásakor és a transport alatt:* Az autóba való beszállásnál és induláskor gondoljuk át és reflektáljunk az ellátás során történetekre. Emeljük ki a pozitív dolgokat, például „Nagyon örülök, hogy végül sikerült rendezni a baba állapotát.”, vagy: „Lenyűgöző, hogy micsoda élni akarás van ebben a kis teremtsében!”.

A transport alatt folyamatosan reagáljunk az újszülött jelzéseire: „Már félúton vagyunk...”, vagy: „Látom, ez a sebesség most egy picit gyors neked.” stb.

*A fogadó intézménybe való érkezés és átadás:* Készüljünk fel az átadásra. Gondoljuk végig az adott NIC lehetőségeit, hiányosságait, erősségeit. Hívjuk elő magunkban a korábbi személyes, jó tapasztalatainkat az adott hellyel kapcsolatban. Ez segít megküzdenni a stresszel, a felmerülő problémákkal.

Átadásnál a primer ellátás alatt és az út során történetekből csak a lényeges információkat emeljük ki, és eközben érzékeljük a környezet ingereit (zajok, feszültség, „fagyos levegő”). Legyünk figyelmesek, detektáljuk a fogadó intézmény dolgozóinak hangulatát, és használjuk a fent említett, egytől ötig terjedő pontozási skálát a saját frusztrációink ventilálására.

Az átadás előtt, immár harmadik alkalommal, a 3T elve alapján végezzük el a mentális bemosakodást. Lehetséges példamondat: „Ahogy kinyitom a csapot, és teszek a fertőtlenítőből a kezemre, érzelmileg is egyre inkább az átadásra hangolódok, majd teljes jelenlétemmel az átadásra koncentrálok.” Amíg az orvos referál, a nővér mindig maradjon az inkubátor mellett, pszichés támaszt nyújtva az újszülöttnek: „Meg is érkezünk”, vagy: „Anya pusziya elkísért, itt van veled” stb.

*Indulás az osztályról:* A közös utunk lezárásaképpen így búcsúzzhatunk el a babától: „Itt vannak az orvosok, nővérek, szakemberek, akik meg fognak téged gyógyítani. Itt hagyjuk neked anyá/apa fényképét, akik nagyon sokat gondolkodnak rád, nagyon szeretnek, és mindent megtesznek azért, hogy meggyógyulj. Minden jót neked, szép szemű kisfiú!” Fontos, hogy mindig valamilyen pozitív dologgal zárjunk.

*Visszaút a bázisra:* Gondoljuk végig az összes hatást, ami az eset kapcsán ért bennünket. Ezeket megbeszélve, átgondolva, leírva képesek leszünk saját negatív érzéseink felszínre hozására.

*Mentális egészség hosszú távon:* Az ellátásban részt vevők mentális egészségének megőrzése érdekében javasolt a rendszeres feltöltődés, kikapcsolódás, naponta, hetente, havonta, évente, minden 10 évben; olyan egyéni vagy csoportos tréningek látogatása, amelyek a magabiztosságot növelik; részvétel olyan csoportokban, ahol meg lehet beszélni bizonyos helyzeteket, kiemelve a saját érzéseket, tapasztalatokat (ilyen például az úgynevezett Bálint-csoport); az egyéni motivációk számbavétele és átgondolás után esetleg azok újradefiniálása.

## Az érzelmi jelenléttel történő ellátás munkautasításának használatával szerzett tapasztalatok

A koraszülöttmentésben 2013 óta, 32 400 kivonulás során alkalmaztuk az affektív pszichológia legújabb ismereteit, a humanizáló ellátást, az újszülött és a neonatológiai team, valamint az újszülött, az anya és az apa (a család) kapcsolatának erősítését, továbbá az ellátó személyzet

Az „érzelmi jelenléttel történő ellátás” más segítő szakmákban is sikerrel alkalmazható.



mentálhigiénés egyensúlyának biztosítását célzó munkautasítást. Tapasztalataink igazolták, hogy az eljárásrend a mentés bármilyen extrém körülményei között is sikeresen használható.

Noha az eredmények objektív módon egyelőre nem mérhetők, a betegek hozzátartozói által írt levelek (4. ábra, az érintett személy beleegyezésével), a közösségi média felületeiről érkező szubjektív betegelégedettségi visszajelzések, valamint a PCA éves szakmai beszámolóira kapott osztályvezetői és kórházigazgatói válaszok meggyőzően igazolják, hogy törekvéseink – a nemzetközi trendekkel egyezően – megvalósíthatók és más szakmák közötti terjesztésre is alkalmasak.

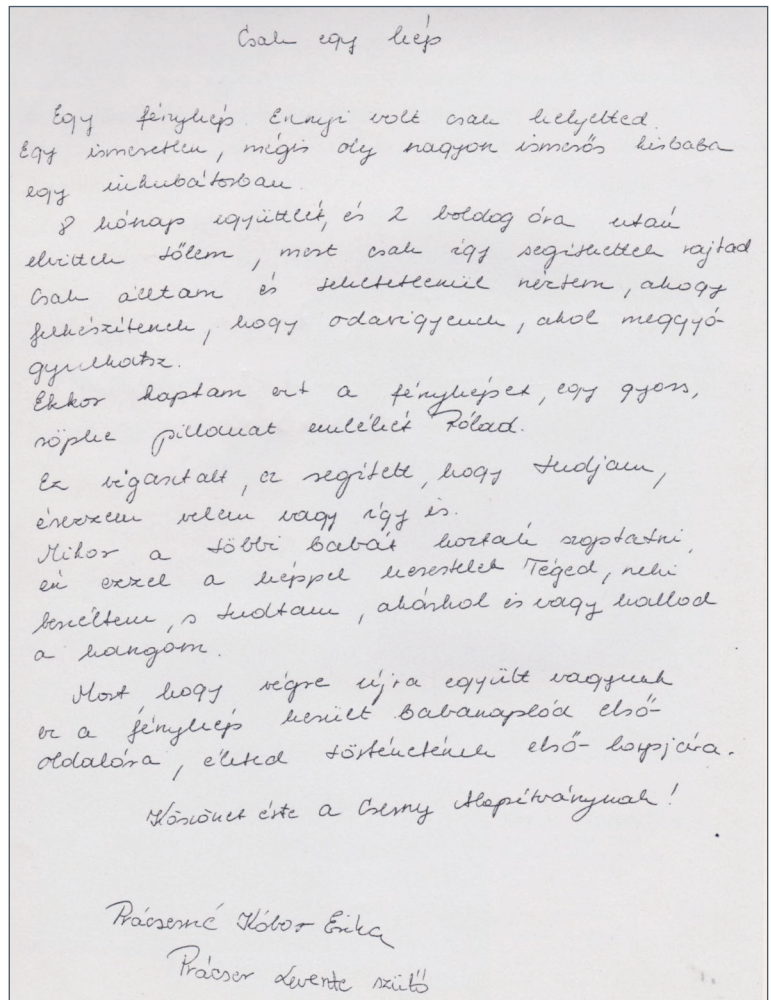
Komoly visszajelzésként értékelhető az is, hogy a „Szülő-Mentő Lelki-Segítő” program keretében, 1996-ban bevezetett, és a szülőknek azóta átadott 22 ezer fénykép egyértelműen bizonyította a módszer szorongásoldó, lelki támaszt nyújtó hatását (33, 34). Egy 2016-ban kiírt pályázatunk társadalmi értékelése során 2002 személy igazolta vissza szavazatával – indirekt módon – törekvéseink helyességét. Kimondható, hogy a fotó mentálhigiénés jelentősége túlmutat az elszállított baba virtuális jelenlétét biztosító örömmélményen. Az internetes fórumokon érkező visszajelzések szerint nagyon sok édesanyának ez „a retikül mélyén tartott és bármikor előhúzható” fénykép jelentette hosszú éveken keresztül a „gyermekét megmentő amulett” szimbólumát (35).

A munkautasítás pontjainak következetes végrehajtása nemcsak egy minőségileg új, empatikus ellátási szintet biztosít a mindennapokban, hanem arra is lehetőséget ad, hogy az újszülöttek, a szülei és az ellátásukban részt vevők valamilyen esélyt kapjanak a poszttraumás stressz elkerülésére vagy legalább annak minimalizálására.

## Interdiszciplináris továbbfejlesztési lehetőségek

Csaknem tízéves klinikai tapasztalataink alapján feltételezhetjük, hogy a neonatológiai sürgősségi ellátásra kifejlesztett, RBM-alapú, érzelmi jelenlétű ellátás módszerét – a szakmaspecifikus adaptációt követően – más betegcsoportokra, azok hozzátartozóira és az őket ellátók mentálhigiénés egyensúlyának biztosítására is sikeresen lehetne használni.

Ismerve például a geriátriai vagy az onkológiai betegcsoport érzelmi labilitását, félelmét, elképzelhetőnek tartjuk, hogy az említett betegcsoporttal foglalkozók a már meglévő pszichológiai protokolljaik áttekintése során ötleteket merít-



4. ábra. Egy édesanya köszönőlevele a helyszíni fotóról

hetnének az általunk használt módszer egyes elemeiből.

Az oxiológus kollégák esetleg megfontolhatnák a helyszíni fényképkészítés lehetőségét. Például

a) Egy elszállításra váró idős ember kezébe adhatnának egy, a szeretteiről a helyszínen készített fényképet. Végül is csak egy kombinált polaroid kamera vagy egy mobiltelefonhoz csatlakozó, zsebben is elférő printer kellene hozzá (5. ábra).

b) Egy kommunikálni képes idős betegről vagy annak hozzátartozójától lehetne kérni családi fotót vagy akár a „legkedvesebb unokája képét”. Így az idős beteg a szállítás alatt azt a kezében tarthatná. Esetleg a szállítási dokumentáció részeként átadott képpel ébredhetne fel a kórházi osztályon, csökkentve ezzel a félelmét és magányát.

A felnőtt betegek ellátásában elvárt, szigorú EBM-protokollok kiegészítése az RBM módszernek szuggesztív technikáival lehetőséget adhatna az ágy melletti munka humanizálására és a betegelégedettség javítására. Mivel sem anyagi

ráfördítást, sem pluszszemélyzetet nem igényel, és a kiegészítés határán álló ellátókat sem terheli túl, így csak jó szándék kérdése egy ilyen innováció megvalósítása.

## Következtetés

A tudatosított, empatikus irányuláson alapuló, érzelmi fókuszú ellátás és az ennek keretei között alkalmazott pozitív szuggesztív nyelvezet használata a neonatológiai ellátásban elengedhetetlen az újszülöttek, a nagy stresszt átélt szülők/családtagok és ellátóik mentális egészségének megőrzése érdekében. Az interdiszciplináris együttműködés eredményeképpen sikeresen lehetett adaptálni az affektív pszichológia tudományterületének legfrissebb vívmányait a neonatológiai sürgősségi ellátás rendszerébe. A koraszülöttmenetben tíz éve alkalmazott eljárásrend tapasztalatai jó eséllyel forrásként használhatók fel a neonatológiai ellátással szoros kapcsolatban álló társszakmáknál (szülészet, gyermekgyógyászat, oxiológia, aneszteziológiai és intenzív ellátás).



5. ábra. Fotónyomtatás a mentési helyszínen

## Irodalom

1. Széll A. Speciális kihívások – Speciális eszközök a neonatológiai-oxiológiában II. Módszertani ajánlás az újszülöttek szülőszobai ellátására és élesztésére a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat gyakorlata szerint – 2021-es revízió. *Magyar Mentésügy* 2022;36(1):21-40.
2. Egészségügyi Minisztérium 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet – a mentésről és a 37/2011. (VI.28) NEFMI rendelet a mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet és a betegszállításhoz 19/1998. (VI.3) NM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny* 2011;61:2296-317.
3. Woodward GA, Somogyvári Zs. The Hungarian (Budapest) neonatal interfacility transport system: Insight into program development and results. *Pediatr Emerg Care* 1997;13(4):290-3. <https://doi.org/10.1097/00006565-199708000-00015>
4. A Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat által ellátottak kórház- és lakóhely szerinti megoszlása [www.pca.hu/statisztika](http://www.pca.hu/statisztika)
5. Mikos B. Talán mégis jobban fáj, mint gondolnánk! Újszülöttkori fájdalom. *Ideggyogy Sz* 2014;67(7-8):237-43.
6. Walker SM. Neonatal pain. *Paediatr Anaesth* 2014;24:39-48. <https://doi.org/10.1111/pan.12293>
7. Anand KJS. International Evidence-based group for neonatal pain consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:173-80. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.2.173>
8. Anand KJS, Scalzo F. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biol Neonate* 2000;77:69-82. <https://doi.org/10.1159/000014197>
9. Somogyvári Zs. Nem farmakológiai módszerek a neonatalis fájdalom- és stressz-csillapításban In: Varga K (editor). A szülési fájdalom kezelése. Nem farmakológiai módszerek. *Budapest: Medicina; 2021. p. 378-79.*
10. Thakkar P, Arora K, Goyal K, Das RR, Javadekar B, Aiyer S, et al. To evaluate and compare the efficacy of combined sucrose and non-nutritive sucking for analgesia in newborns undergoing minor painful procedure: a randomized controlled trial. *J Perinatol* 2016;36(1):67-70. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.122>
11. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293(9):1100-06. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
12. Epstein M, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287(2):226-35. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
13. McCreight BS. Perinatal grief and emotional labour: a study of nurse's experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud* 2005;42:439-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004>
14. Als H, Lawhon G, Brown E, Gibes R, Duffy FH, McAnulty G, et al. Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics* 1986;78(6):1123-32. <https://doi.org/10.1542/peds.78.6.1123>
15. Westrup B, von Eichwald K, Stjernqvist K, Lagercrantz H. A RCT to evaluate the effects of the NIDCAP in a Swedish setting. *Pediatrics* 2000;105(1):66-72. <https://doi.org/10.1542/peds.105.1.66>
16. Boukydis Z (editor) Collaborative consultation with parents and infants in the perinatal period. *Brookes Publishing Co. 2011.*
17. Altimier L. Compassionate family care framework: A new collaborative compassionate care model for NICU families and caregivers. *Newborn Infant Nurs Rev* 2015;15:33-41. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.01.005>
18. Varga K, Ördög Cs, Somogyvári Zs. "Resonance Based Medicine" as Mental Health Support in Neonatal Transport. In: Medical Anthropology. In: Eigner D (editor): Wahrnehmung, Kommunikation und Resonanz. Beiträge zur Medical Anthropology, Band 4. Perception, Communica-



- tion, and Resonance. Contributions to Medical Anthropology, Wien. *Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie* 2021;4:239-56.
19. Glawischnig-Goschnig M. Glaube, liebe, hoffnung verbales nonverbales und musikalisches in grenzbereichen der CL-versorgung. In: *Psychiatrie & Psychotherapie* 2010;4:1-6.  
<https://doi.org/10.1007/s11326-010-0137-2>
  20. Guideline Section on Transport Medicine, American Academy of Pediatrics. Family Centered Care. In: Woodward GA, Insoft RM, Kleinman ME (editors). Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2007;219-25.
  21. Arango P. Family-centered care. *Acad Pediatr* 2011;11:97-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.12.004>
  22. Watkins JG, Watkins HH. Ego states as altered states of consciousness. In: Wolman BB, Ullman M (editors) Handbook of states of consciousness. New York: Van Nostrand Reinhold; 1986. p. 133-58.
  23. Watkins JG, Watkins HH. Ego-state transferences in the hypnoanalytic treatment of dissociative reactions. In: Fass ML, Brown D (editors). Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1990. p. 255-61.
  24. Watkins JG, Watkins HH. The psychodynamics and initiation of effective abreactive experiences. *Hypnos* 2000;25(2):60-7.
  25. Varga K. The phenomenology of hypnotic interaction. New York: Nova Science Publisher; 2013(a).
  26. Kekecs Z, Varga K. Positive suggestion techniques in somatic medicine: A review of the empirical studies. *Interv Med Appl Sci* 2013;5(3):101-11.  
<https://doi.org/10.1556/imas.5.2013.3.2>
  27. Varga K. Suggestive techniques connected to medical interventions. *Interv Med Appl Sci* 2013(b);5(3):95-100.  
<https://doi.org/10.1556/imas.5.2013.3.1>
  28. Varga K (editor) Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice. New York: Nova Science Publisher; 2011.
  29. Varga K. Communication strategies in Medical Settings. Frankfurt am Main: Peter Lang; 2015.  
<https://doi.org/10.3726/978-3-653-05313-5>
  30. Varga K. Suggestive techniques without inductions for medical interventions. In: Jensen MP (editor). The Art and Practice of Hypnotic Induction: Favorite Methods of Master Clinicians. Kirkland P, WA: Denny Creek Press; 2017. p. 114-35.
  31. Ewin DM. The laws of hypnotic suggestion. In: Varga K. (editor). Beyond the words. Communication and suggestion in medical practice. New York: Nova Science Publisher; 2011. p. 75-82.
  32. Hammond DC. Hypnotic suggestions and metaphors. New York, London: Norton & Company; 1990.
  33. Somogyvári Zs, Kovács G, Varga K. Speciális kihívások - speciális eszközök a neonatológiai - oxológiaiában IV. Fényképezés a koraszülöttmentésben? *Magyar Mentésügy* 2022;36(1):55-63.
  34. Somogyvári Zs, Kovács G, Varga K. Speciális kihívások - speciális eszközök a neonatológiai - oxológiaiában III. Érzelmii jelenléttel történő ellátás a koraszülöttmentésben. *Magyar Mentésügy* 2022;36(1):41-54.
  35. www.pca.hu/ilyen volt-ilyen lett oldal szülői visszajelzései



eLitMed.hu

## Válogatás az eLitMed.hu orvostudományi portál PharmaPraxis rovatának szemlézéseiből

### Holisztikus gyógyszerészi medikációmenedzsment-szolgáltatás

A Pharmaceutical Care Network Europe Association (PCNE) definíciója szerint a gyógyszerfogyasztással kapcsolatos problémák (drug-related problems, DRP) megelőzése és kezelése a gyógyszerészeti ellátás része kell, hogy legyen. E tevékenység ugyanúgy magában foglalja a farmakoterápia nyomon követését és a betegoktatást, mint a farmakovigilanciát, azonban az egészségügyi rendszerekben ezek a szolgáltatások csak korlátozottan és igen különböző minőségben állnak rendelkezésre. E hiányosságok kiküszöbölése és az integrált gyógyszerészi ellátás érdekében tervezték meg a holisztikus gyógyszerészi medikációmenedzsment-szolgáltatásokat (comprehensive medication management, CMM) – írják a CMM-programok működését holisztikus szempontból értékelő tanulmányukban a kubai és belga szerzők.

A tanulmány a következőképpen definiálja a CMM-et: olyan gondozási standard, amely biztosítja, hogy minden egyes beteg gyógyszerét egyedileg értékeli, annak megállapítása érdekében, hogy a gyógyszerek megfelelőek-e a beteg számára, hatékonyak-e az adott betegségekre, biztonságosak-e a társbetegségek és a többi felírt gyógyszer figyelembevételével, illetve hogy a beteg képes-e a tervezett módon szedni azokat. A CMM átfogóbb, mint a gyógyszerterápiamenedzsment (medication therapy management, MTM), mivel a CMM minden szert és minden egészségi állapotot értékeli, kollaboratív praxismegállapodást igényel, és a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos problémák megoldása és a kezelési célok elérése érdekében végzett utánkövetést is magában foglalja. A CMM-et az Egyesült Államok, Kanada, Latin-Amerika és Spanyolország számos egészségügyi intézményében implementálták, Európa nagy részében azonban egyelőre nem. E szolgáltatások fejlesztését számos akadály gátolja: többek között az erőforrások hiánya, a gyógyszerészek klinikai kompetenciájának hiánya, valamint a gyógyszerész és az orvosok közötti korlátozott kapcsolat.

<https://elitmed.hu/ilam/pharmapraaxis/holisztikus-gyogyszereszi-medikaciomenedzsment-szolgalatasi>



A szemlézések az eLitMed.hu orvostudományi portálon a *Rovatok* menüpont alatt találhatóak. A cikkek közvetlen elolvasásához okostelefonjának QR-kód-olvasó alkalmazását irányítsa a kiválasztott cikk melletti kódra.