

Miskolci Egyetem

Egészségtudományi Kar

Szakvédőnő mesterképzés

Területi szakvédőnő specializáció



KORAGYERMEKKORBAN ELŐFORDULÓ REGULÁCIÓS ZAVAROK FELISMERÉSE, ELLÁTÁSI LEHETŐSÉGEINEK ISMERETE A VÉDŐNŐK KÖRÉBEN



Simon Nóra

Mesteroktató

Bánhidi Ildikó

Hallgató

2024.

Tartalomjegyzék

1.BEVEZETÉS.....	1
1.1. A téma választásának indoklása.....	1
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	4
2.1. Bevezető gondolatok.....	4
2.2. A regulációs zavarok okai.....	4
2.2.1. Érzelemszabályozás, önreguláció	5
2.3. Regulációs zavarok diagnosztikája.....	10
2.4. A klasszikus regulációs zavarok	13
2.5. Csecsemő viselkedéses állapotai.....	13
2.5.1. Alvás fázisai	13
2.5.2. Alvászavarok	14
2.5.3. Alvászavar okai.....	15
2.6 Excesszív sírás	16
2.6.1 Excesszív sírás okai	17
2.6.2 Az excesszív sírás kezelése.....	17
2.7. Etetési, étkezési-és gyarapodási zavarok.....	18
2.7.1. Az etetési zavarok kritériumai.	19
2.7.2. Az etetési, étkezési és nem organikus gyarapodási zavarok kezelése	21
2.8. Kutatási kérdések	22
3. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	23
3.1. Adatgyűjtés.....	23
3.2. A kiértékelés menete.....	23
4. EREDMÉNYEK:.....	24
4.1. Kérdőív elemzése	24
4.2 Interjú.....	34
4.3 Interjú eredménye.....	35
5. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK.....	40
5.1 A kutatási kérdésre adott válaszok:	40
5.2 Interjú elemzése	45
6. ÖSSZEFOGLALÁS	47
7. IRODALOMJEGYZÉK.....	49

1.BEVEZETÉS

1.1. A téma választásának indoklása

Az elmúlt évtizedekben lényeges jelentőséggel bír a korai gyermekkor a gyermek testi és lelki egészségére, kiegyensúlyozott társas kapcsolataira és sikeres társadalmi beilleszkedésére. Egyre fontosabb annak a kihangsúlyozása, hogy a kora gyermekkort csak rendszerszinten érdemes kutatni: a szülők, a testvérek és a tágabb társas környezet, valamint az intézményi rendszerek szintjén, egymással kölcsönhatásban és szoros összefüggésben.

A 2000-es évektől kezdődően számos vizsgálat bizonyítja, hogy a korai gondozás-nevelés feltételeinek javítására, a szülőség, a szülő-gyermek kapcsolat, valamint a kora gyermekkori fejlődés és lelki egészség támogatására fordított pénzügyi és humán erőforrások társadalmi szinten sokkal inkább megtérülnek, mint az iskolai vagy az életút még későbbi szakaszaiban szervezett beavatkozások (Gennetian és mtsai., 2016; Doyle és mtsai., 2009)

A hatékony intervenciók középpontjában nem csupán a gyerekek állnak, hanem azok a felnőttek is, akik a gyerekek gondozásáért-neveléséért (legalább részben) felelősek, sőt azok az intézmények és szakmai közösségek is, amelyek e családokat segítik a mindennapok során (Institute of Public Care, 2012).

A 2000-es évek közepéig hazánkban kevés szakember foglalkozott csecsemők és kisgyermek lelki egészség problémáival, a pszichológiai ellátások nagy része óvodáskortól indult. A pszichológiai képzések mellett 2010 óta, már speciálisan az e korosztály nehézségeivel foglalkozó posztgraduális egyetemi képzési programok is rendelkezésre állnak az érdeklődő szakemberek számára. Jelenleg három egyetemen működik olyan interdiszciplináris posztgraduális képzés, köztük a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar (későbbiekben SE EKK) Mentálhigiéné

Intézet az egyik, ahol a hallgatók a szülő-csecsemő konzultáció módszereit tanulmányozhatják felsőoktatási keretek között, gyakorlatorientált, négy fél éves programok során (Németh és Hédervári, 2020; Hámosi, 2020).

Integrált szülő-csecsemő konzultáció képzés zajlik még az ELTE-BGGYK-n 2015-től, Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció posztgraduális képzés a BTK-PPKE-n szintén 2015-től.

A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának szervezett, bizonyítékokon és irányelveken alapuló, interdiszciplináris és rendszerszemléletű megközelítése alapszolgáltatásként még nem terjedt el hazánkban. Részterületekért vállalnak felelősséget a pedagógiai szakszolgálatok, a védőnői vagy a gyermekjóléti szolgálatok, azonban jövőbeni kihívás az ellátórendszer e szervezett hálózatának kiépítése hazánkban. E célkitűzés megköveteli mind a nemzetközi és a hazai jó gyakorlatok összegyűjtését és integrálását, mind pedig az egységes szemléleten alapuló, de a sokféleségre érzékeny megközelítések terjesztését.

A védőnői módszertanban említésre kerültek a regulációs zavarok. A TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori program keretében megjelent Őrzők című kiadványban, amely az egészségügyi alapellátók gyakorlatközpontú kézikönyve (OTH, Budapest, 2014), sajnos csak 5 oldal foglalkozik a témával, sajnálatosan a programban lezajlott képzésekben nem szerepelt és azóta sincs a védőnők esetében regulációs zavarok felismeréséhez szükséges ismeretátadás.

Vármegyei kollegiális védőnői mentorként azt gondolom, hogy a mostani, a védőnői rendszert érintő teljes átalakulás pozitívumként hozhatja a kórházakban meglévő szakképzési és továbbképzési centrumok tudásának felhasználását, valamint annak lehetőségét is, hogy a védőnők számára szakmaspecifikus képzések valósulhassanak meg. Ezekhez szükséges a regulációs zavarokkal kapcsolatos védőnői ismeretek reprezentatív felmérése. 2024. szeptemberében a kötelező továbbképzések listáját áttekintve (1. táblázat) jelen pillanatban nem áll olyan rendelkezésre, amely ezzel a témával foglalkozna. A védőnői hivatás alapeleme a naprakész tudás, melynek fejlesztésére folyamatosan szükség van. A regulációs zavarokkal kapcsolatos

ismeretek reprezentatív felmérésével lehetőség nyílt majd szakmaspecifikus képzés keretében ezen ismeretek fejlesztésére a védőnők számára.

Pre- és perikoncepcionális gondozás a védőnői munkában
Baba-mama táplálkozás - A gyermekvállalástól a kisdéd korig
A korszerű védőnői gyakorlat kihívásai
Gyermekevédelem, gyermekvédelmi jelzőrendszer együttműködése
Gyermekek jogok, szülői jogok, és kötelezettségek az egészségügyi ellátás során
Az anya támogatása a táplálásban
Aktualitások a védőnői területen
A védőnő szerepe a gyermekkorban megelőzhető felnőttkori betegségek tekintetében
A védőnő szerepe az egészségállapot szűrésekben, fókuszban a népegészségügyi szűrések
Tolerancia, különös tekintettel a roma/cigány kultúra sajátosságaira a védőnői gondozás során

1. ábra: 2024. szeptemberben a védőnők számára elérhető kötelező szakmacsoportos továbbképzések (Forrás: <https://szaftex.aEEK.hu>)

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Bevezető gondolatok

A gyermek pszichés fejlődése saját környezetében, annak szűkebb és tágabb rendszereiben és a mindennapokat átszövő kapcsolatokban értelmezhető (Bronfenbrenner,1986). A kötődéseméleti kutatások még inkább megvilágították, hogy az első életév(ek) során a csecsemő igényeit szem előtt tartó, számára biztonságot nyújtó szeretetkapcsolat teherbíróbbá teszi a gyermeket, a környezet megismerésére és tanulásra inspirálja, valamint erős hatással lehet a felnőttkori kapcsolódási mintáira (Bowlby, 1969; Ainsworth–Blehar–Waters ,1978).

Az Infant Mental Health Task Force of Zero To Three („Az Egytől Háromig Csecsemő Mentális Egészsége Munkacsoportja”) definíciója (2001: 1) szerint „a csecsemő mentális egészsége az első három életévben arra alapozódva formálódik, hogy megéli és megtanulja szabályozni, kifejezni az érzelmeit, közeli interperszonális kapcsolatokat alakít ki, felfedezi a környezetét, és tanul – mindezt családi, közösségi kontextusban, a kisgyermek mentális egészségét szolgáló feltételek között. A csecsemő mentális egészsége az egészséges szocio-emocionális fejlődés szinonimája” (Liebermann, 2004). Nem minden gyermek rendelkezik olyan biológiai adottságokkal és nevelkedik olyan pszicho-szociális körülmények között, melyek biztosítják a harmonikus fejlődést.

2.2. A regulációs zavarok okai

A reguláció a csecsemő fiziológiai és érzelmi folyamatainak - táplálás-emésztés, alvás-ébrenlét ciklus, sírás és megnyugtató - szabályozását jelenti.

A regulációért felelős központok velünk születnek, ám külső segítségre, megfelelő körülményekre és hosszú tanulási folyamatra van szükség ahhoz, hogy önszabályozó váljanak.

2.2.1. Érzelemszabályozás, önreguláció

A kötődési kapcsolatokban szerzett tapasztalatok hatást gyakorolnak a csecsemő érzelemszabályozási képességének fejlődésére, viszont: az érzelemreguláció egyes aspektusai a kötődési stratégia működésének szolgálatába állnak azáltal, hogy a kisgyermek elsajátítja, miként szabályozza érzelmeit célja – a kötődési személy közelségének – elérése érdekében. Az újszülöttek nincsenek birtokában minden olyan képességnek, amellyel hatékonyan szabályozni tudnák negatív és pozitív érzelmeiket, így – bár az önmegnyugtatás egyes formái, mint az ujjszopás vagy a puha tárgyakhoz való odabújás a felnőtt segítsége nélkül is megjelenhetnek a fejlődés során – a gondozói viselkedés, elsősorban a szülő szenzitivitása, jelentős szerepet játszik a kisgyermek érzelemregulációs stratégiájának alakulásában. A szenzitív szülő megfelelően észleli és értelmezi a csecsemő érzelmkifejezéseit (pl. dühöt, kíváncsiságot, félelmet, örömet), és az interakciók során testi vagy verbális kontaktus révén optimális szintre erősíti vagy csökkenti ezeket az érzelmi állapotokat. Külső szabályozó tényezőként a szenzitív gondozás így megalapozza a csecsemő későbbi hatékony önregulációs képességét. A biztonságos kötődési kapcsolat azt tanítja a csecsemőnek, hogy érzelmeinek és az érzelmekkel kapcsolatos viselkedésének szabályozásában támaszkodjon a kötődési személyre, mert a gondozó következetesen csillapítja vagy megszünteti negatív érzelmi állapotait, és elfogadja mind pozitív, mind negatív érzelmeinek megnyilvánulásait. Ezek a csecsemők így pozitív élményeiket, örömeiket éppúgy megosztják a szülővel (pl. ha érdekes játékot találnak, azt vidáman megmutatják neki), mind a stresszhelyzetben jelentkező negatív érzelmeiket (pl. szeparáció esetén sírnak), vagyis érzelmeik nyílt kommunikációja jellemzi őket. A harmonikus anya-gyermek kapcsolat olyan egyszerű interakciók mentén bontakozik ki, mint az etetés, gondozás, közös játék, melyek során „együttesen csodálatosan finom kölcsönös mintákat tudnak kifejleszteni” (Stern, 2007, p. 84.). Az összehangolt napi tevékenységek alkalmával előfordulnak hibák, az anya túl- vagy alul stimulálja gyermekét, esetleg késik a kölcsönösségben, idővel azonban megtanulják, hogyan illeszkedjenek egymáshoz. Az anya részéről ez sok energiát és folyamatos korrigálást igényel. A környezet elvárásai a gyermek táplálásával, ellátásával kapcsolatosan gyakran nehezednek az édesanyára.

Aggodalmi bizonytalanságot kelthetnek benne, önbizalmát időnként aláássák. Segítség híján a kimerült anya fokozott szorongást élhet át, ambivalens érzések keletkezhetnek benne a babával kapcsolatban, ami a törékeny összhang megbomlásához vezethet. Ahogy Stern is írja: „A baba sem tud jó állapotban lenni, ha az anya nincs.” Kapcsolatukban a gyermek fontos tapasztalatokat szerez a szeretetről, elfogadásról és elvárásokról, melyeket későbbi társas kapcsolataiban kamatoztathat (Stern, 2007).

A csecsemővel és a kisgyermekkel való együttélés során gyakori jelenség, hogy sem a szülők, sem a szakemberek nem tudják a gyermek jelzéseit és viselkedését megfejtetni, ha a szülők nem találnak kielégítő választ a kérdéseikre, illetve problémájuk megoldásához nem kapnak hatékony támogatást az a családban krízis helyzethez és a gyermek tüneteinek megszilárdulásához vezethet. A csecsemővel kapcsolatos problémákat gyakran úgy élik át a szülők, mintha azok a saját énjük és a szülői kompetenciájuk ellen irányulna. Az ilyen jellegű negatív tapasztalatok könnyen megingatják a szülői érzés biztonságát és ezzel egyidőben mély narcisztikus sértettséghez vezethetnek (Hédervári-Heller, 2003).

A kora gyermekkori szabályozási zavarok megnyilvánulásai általában a gyermek felé irányuló negatív szülői áttételekből és projekciókból alakulnak ki, ami ismételten a szülő-gyermek kapcsolat megromlásához vezethet. A csecsemők és a kisgyermek egy bizonyos hányada olyan viselkedési problémákat mutat, melyek intenzitásában és tartósságban eltérnek az átlagostól. A kutatók becslése szerint a csecsemők mintegy 5-20 %-ánál kialakul vagy már születésnél fogva létezik viselkedés szabályozási zavar (Papousek, 1998; Wolke, 1999; Papousek és mtsai.2004).

A viselkedés szabályozás problémái a csecsemő és kisgyermekkor pszichés vagy pszichoszomatikus megbetegedési formáinak tekinthetők. A későbbi pszichogén megbetegedések előfutára lehet a nem kezelt koragyermekkorai regulációs zavar (DeGangi és mtsai. 1993). Ezzel szemben a regulációs zavarok korai kezelése a későbbi, egészséges pszichés fejlődésre protektív faktorként hat.

Az újabb kutatások alapján felismerték, hogy a csecsemők tartós stresszt élhetnek át abban az esetben, ha a gondozóik nem képesek olvasni a jelzéseiket (pl. a sírásukat), és nem tudnak megfelelően válaszolni a gyerekek figyelmi és biztonsági igényeire. Ezt a tartós interakciós aszinkronitást fejlődési vagy kapcsolati traumának nevezik (Werner, 2000). A szülő múltbeli vagy jelenbeni élményei által lehet átmenetileg vagy tartósan szorongó vagy lehangolt, depressziós, ez az állapot lehet független a gyermek sajátos nevelési igényétől, de lehet azzal összefüggő is. Mindez kettős nehezítettséget jelent az interakcióban. Eltérő fejlődés esetén a gyermekek jelzései gyakran nehezen értelmezhetők, vagy időben megcsúszva kódolhatók az anya számára, és ezért megkésnek, torzítanak a visszajelzések, a válaszok is. A gyermek számára fontos az a tapasztalat, hogy megértik a jelzéseit és érzékenyen reagálnak azokra. A nehezített szenzitív szülői magatartás miatt az ismétlődően hibás, vagy nem időben érkező válasz a gyermek számára azt jelentheti, hogy a gondozó nem (vagy számára nem megfelelő módon) elérhető. A korai intervenciót végző szakember érzékenysége jó mintául szolgálhat, és ezzel korrekciós lehetőséget kínál a szülő számára.

A regulációs zavarok kialakulását több tényező határozhatja meg. A csecsemő oldaláról megjelenő biológiai, illetve a szülők kapcsolati és mentális problémái és az őket terhelő életesemények. Ennek megfelelően a kezelése interdiszciplináris, azaz orvosi és pszichológiai megközelítést is igényel. Magyarországon ma még gyerekpőben jár a regulációs zavarok kezelése, a problémát leginkább az egészségügyi ellátás keretében igyekeznek megoldani. A családok sokszor már csak akkor kerülnek orvoshoz, amikor súlyossá válik a helyzet. A pszichoterápiás támogatás pedig szinte teljesen kimarad. A védőnőknek és házi gyermekorvosoknak kulcsszerepük van a regulációs nehézségek időben történő észlelésében és a családok megfelelő szakemberhez való irányításában.

Először a lehetséges organikus okok feltárása történik meg, másodszor pedig - ha ezek kizárhatóak- a szülő-csecsemő konzulens, illetve csecsemőkkel is foglalkozó pszichológus képes a családnak hatékony segítséget nyújtani.

A kora gyermekkori viselkedés szabályozás zavarai nem tekinthetők sem tisztán orvosi, sem tisztán pszichoszociális problémának.

E tünetek létrejötte komplex. Lehetnek a gyermek oldaláról a szülő oldaláról és környezeti rizikófaktorok is elősegíthetik a kialakulását.

A gyermek oldaláról biológiai rizikófaktorok lehetnek:

- nem megfelelő fiziológiai státusz,
- zavar a nagymozgásos aktivitásban,
- zavart finom mozgásos aktivitás,
- a figyelem- és a koncentráció zavarai,
- az érzelmek kifejlődésének zavarai,
- egyéni temperamentum és viselkedés zavarok.

A szülők oldaláról is lehetnek olyan tényezők, amelyek okozhatják a regulációs zavar kialakulását:

- kedvezőtlen pszichoszociális feltételek és a környezeti rizikófaktorok,
- szülők szorongása és feszültsége a várandósság alatt,
- traumatizált, komplikált szülés,
- a gyerek nehéz temperamentuma miatti csalódás,
- a szülés utáni depresszió vagy pszichózis,
- a szülő neurotikus megbetegedése, személyiségzavara és pszichózisa,
- önbizalomhiány és szülői kompetencia hiányossága,

- a szülők származási családjából eredő aktualizáló adott kapcsolati konfliktusok,
- aktuális partner konfliktusok,
- a gyermek nevelésére és fejlődésére vonatkozó bizonytalanság,
- a családban előforduló normatív krízisek,
- a kulturális háttérből eredő konfliktusok.

A felsorolt tényezők egyaránt szerepet játszhatnak a regulációs zavarok kialakulásában.

A kiváltó okok nem vezethetők vissza kizárólag a fentiekben felsorolt területekre, sokkal inkább az egyes rizikófaktorok kölcsönhatásával magyarázhatók.

Környezeti rizikófaktorok: a környezeti rizikófaktorok a csecsemő születésétől kezdve negatívan befolyásolhatják a gyermek fizikai és pszichikai fejlődését, valamint elősegíthetik a regulációs zavarok megjelenését. A leggyakoribb környezeti rizikófaktorok:

- nemtörődömség, elhanyagolás,
- testi, lelki és szexuális abúzus,
- az elsődleges gondozó személy halála vagy más módon való elvesztése,
- a gondozói környezet és a gondozó személy gyakori váltakozása.

Az utóbbi években a tudományos érdeklődés eltolódott a deprivációból eredő, a gyermek fejlődésére negatívan kiható faktorok vizsgálatáról a protektív faktorok felé.

A protektív faktorokkal foglalkozó kutatási irányzat a reziliencia, vagy ellenálló képesség kutatás. Azokat a feltételeket vizsgálja, melyek a kedvezőtlen gyerekkori életfeltételek ellenére is megfelelő fejlődést biztosítanak, és ennek megfelelően nem

a negatív, hanem a fejlődést a rossz körülmények ellenére is pozitívan befolyásoló tényezők meghatározására koncentrál.

Ilyen protektív faktorok lehetnek:

- legalább egy elsődleges gondozóval való állandó és jó, érzelmileg biztonságos kapcsolat,
- többgenerációs család,
- a szülőt támogató és mentesítő szociális környezet,
- a szülők korai elvesztése esetén egy támogató és jó nevelőszülő,
- a gyermek átlagos szintet elérő intelligenciája,
- a gyermek aktív és barátságos temperamentuma,
- magas szocioökonómiai státusz.

2.3. Regulációs zavarok diagnosztikája

A 3 év alatti gyermekek pszichés tüneteinek, a regulációs zavarok diagnosztikájához a nemzetközileg használt kódok nem nyújtanak elég támpontot. A regulációs zavarokat mutató csecsemő normális, ugyanakkor a fejlődésre kedvezőtlenül ható biológiai és környezeti okok miatti viselkedési állapotai problémássá válhatnak és tüneteket produkálhatnak.

Mióta a DSM és a BNO rendszerek mellett megjelentek olyan alternatív, kiegészítő diagnosztikai rendszerek, amelyek a kifejezetten a kora gyermekkorban diagnosztizálható lelki és viselkedészavarokat foglalják össze, élénk a vita arról, szabad-e egyáltalán diagnózist adnunk egy kisgyermek számára érzelmi vagy

viselkedéses tünetek esetén. A klinikumban a diagnosztika nehézségei külön kihívást jelentenek a területen dolgozók számára. A dilemma és a vita témája azonban mindinkább afelé a kérdés felé tolódik el, hogyan érdemes jól használni a rendelkezésünkre álló osztályozási rendszereket annak érdekében, hogy minél hatékonyabb és eredményesebb szolgáltatásokat tudjunk biztosítani a rászoruló gyerekeknek és családjaiknak. Tudnunk kell róla, hogy a nemzetközi kutatások révén egyre megbízhatóbb diagnosztikai kritériumok állnak rendelkezésre. Bár a Magyarországon használatos BNO-10-ben és DSM-IV-TR-ben már komplex tünetegyüttesek leírását olvashatjuk, a koragyermekkori regulációs problémák átfogó, a specifikus zavarok különböző oki hátterét is mérlegelő diagnosztikus rendszert nem használnak hazánkban. Ilyen komplex diagnosztikus rendszer például a DC:0-3R diagnosztikai kézikönyv (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood- Zero to Three), amely kifejezetten a koragyermekkori időszak specifikus zavaraira koncentrál, de történnek próbálkozások Németországban kifejlesztett diagnosztikus kritériumok nemzetközi elfogadtatásával kapcsolatban is. Tehát mindenképpen vannak bizonyítottan hatékony források egy lehetséges magyar adaptáció kidolgozásához. Nehézséget jelent tehát, hogy a hazai gyermekorvosi gyakorlatban nincs a koragyermekkori regulációs zavarok sokszínű tüneti képét és oki hátterét kezelni tudó kódrendszer, kidolgozott diagnosztikai és finanszírozott kezelési protokoll.

DC:0-5™		DSM-5	BNO-10	
Zavar elnevezése		Zavar elnevezése	Zavar elnevezése	Kód
60 Alvás-, táplálkozási és evés-, valamint sírászavarok				
Alvászavarok	60.1 Elalvási zavar	Inszomnia zavar	Nem organikus inszomnia	F51.0
	60.2 Éjszakai ébredések zavar	Inszomnia zavar	Nem organikus inszomnia	F51.0
	60.3 Részleges ébredéssel járó alvászavar	Nem rapid szemmozgás alvási fázis alatti (non-REM) ébredési zavarok	Pavor nocturnus (Sleep terrors)	F51.4
	60.4 Kora gyermekkorú lidérces álomzavar	Lidérces álomzavar	Incubus (dream anxiety) („lidércnyomás”)	F51.5
Táplálkozási és evészavarok csecsemő- és kora gyermekkorban	60.5 Túlevés zavar	Nem meghatározott táplálkozási és evészavar	Túlevés, ami más pszichés zavarhoz társul	F50.4
	60.6 Csökkent táplálékbevitel zavar	Nem meghatározott táplálkozási vagy evészavar	Egyéb evészavar (táplálkozási zavar)	F50.8
60.7 Atipikus evészavar	Táplálék felhalmozása	Nem meghatározott táplálkozási vagy evészavar	Csecsemő- és gyermekkorú táplálási zavarok	F98.2
	Pica	Pica	Pica csecsemő- és gyermekkorban	F98.3
	Kérődzési (ruminációs) zavar	Kérődzési (ruminációs) zavar	Csecsemőkorú ruminációs zavar	F98.21
60.8 Excesszív sírászavar		N/A	A csecsemőkor sajátos nem specifikus tünetei. A csecsemő excesszív sírása	R68.1
60.9 Egyéb alvás-, táplálkozási és evés-, valamint excesszív sírászavar csecsemő- és kora gyermekkorban	Egyéb meghatározott táplálkozási vagy evészavar		Egyéb evészavar (táplálkozási zavar)	F50.8
	Egyéb meghatározott alvás-ébrenlét zavar		Egyéb nem organikus alvászavar	F51.8
	N/A A csecsemőkor sajátos, nonspecifikus tünetei. A csecsemő excesszív sírása			R68.11

2. táblázat A DC:0-5 átjárása a DSM-5 és BNO-10 klasszifikációs rendszerekkel (ZERO TO THREE, 2016/Medicina, 2019 alapján)

2.4. A klasszikus regulációs zavarok

A leggyakoribb klasszikus regulációs zavarok közé tartoznak az evéssel, etetéssel és gyarapodással kapcsolatos problémák (az étel elutasítása, nem adaptív étkezési szokások, extrémén beszűkült étrend, nem a kornak megfelelő táplálkozási viselkedés, stresszes étkezési helyzetek), az alvászavarok (elalvási nehézség, gyakori éjjeli felébredés), az excesszív sírás és krónikus nyugtalanság.

Előfordulási gyakoriságuk 5–10%, a szubklinikai formák incidenciája akár 40%-ra is tehető a kutatások alapján. Statisztikákkal igazolhatóan a gyermekkori autisztikus zavarok, hiperaktivitás, magatartászavarok esetében nagyobb százalékban fordultak elő a korábbi életkorban regulációs problémák. A kezelés fontosságát felismerve, számos országban (például USA, Egyesült Királyság, Ausztrália, Izrael, Németország) speciálisan erre a célra létesültek ambulanciák, kórházi osztályok.

2.5. Csecsemő viselkedéses állapotai

Hosszú időn keresztül az a téves felfogás uralkodott, hogy a csecsemő neurobiológiai deficittel születik és az agykéreg nem gyakorol hatást a viselkedésére (Brazelton és Cramer, 1989). A csecsemőkutatás és a neurobiológiai vizsgálatok rámutattak, hogy a csecsemők születésüktől kezdve reagálnak a külvilág ingereire és ennek megfelelően képesek a gondozó személyekkel interakcióba lépni (Dornes, 1993). Minden csecsemő saját ritmusa szerint alakítja ki egy huszonnégy órás ciklusban az alvás, a nyűgösködés, a sírás és az ébrenlét viselkedési állapotait.

2.5.1. Alvás fázisai

Az alvási állapotok 2 csoportját különböztetjük meg, a nyugodt vagy mély alvást és a nyugtalan vagy REM alvást. A nyugodt alvás 4 fázisa az elalvás, a könnyű alvás, a középső alvási szakasz, és a mélyalvás körülbelül a 6. hónapra fejlődik ki. A mélyalvás állapotában a csecsemő motorikusan nyugodt, szeme zárva van, légzése szabályos, olykor összerezzen anélkül, hogy felébredne. A nyugtalan, vagy REM alvás az elalvás után egy órával lép fel először. Idősebb gyerekeknél és felnőtteknél ebben az állapotban jelentkezik az álom. A nyugodt és a nyugtalan alvási állapotok az éjszaka folyamán rendszeresen váltják egymást. A REM alvás tartalma a

születéstől kezdve nagy változásokon megy át. Az újszülöttek például alvási állapotaik 80%-át nyugtalan alvással töltik, és az alvást REM fázissal kezdik. A 6. hónapra 28%-ra csökken a REM alvás aránya. Idősebb gyermekeknél és felnőtteknél 15-20 %-ra esik a nyugtalan alvás hányada. A nyugtalan alvás fázisaiban a csecsemő könnyen reagál a külvilág ingereire, arcával grimaszol, szemével pislog és lélegzete nem szabályos.

2.5.2. Alvászavarok

A csecsemők számára fontos fejlődési feladat életük első néhány évében az, hogy megtanuljanak ésszerűen rövid késleltetéssel aludni, fenntartani az éjszakai alvást és összehangolni a család alvási és ébrenléti ütemtervével. Az a gyermek, aki ezt megbízhatóan meg tudja tenni, önszabályozott alvást mutat. Ellenkező esetben előfordulhat, hogy a gyermekek alvását bizonyos mértékig máshogy szabályozzák, így gyermekgyógyászati alvászavarokat mutathatnak (pl. hosszabb alvási késleltetés és/vagy gyakori éjszakai ébredés); Ezekről a 4 és 12 hónap közötti csecsemők szüleinek 36-45% -a számolt be. (Danis, és mtsai. 2015)

Az alvás körüli szülő-gyermek interakciók sorozatos „sikertelensége” regulációs alvászavarok kialakulását eredményezheti.

Az alvászavarok meghatározásánál azt kell figyelembe vennünk, hogy a csecsemő alvási és ébrenléti állapotaira mi jellemző. Szakmai értelemben alvási problémáról akkor beszélünk, ha legalább hetente 5-ször tapasztalható elalvásnál vagy az átalvásnál komoly nehézség. A következő tünetekben jelentkezhetnek:

- a csecsemő nem vagy nehezen tud elaludni,
- óránként vagy két óránként ébred ilyenkor nehezen megnyugtató,
- az alvás-ébrenlét állapotainak éjszakai és nappali ritmusa nem alakul ki,
- az elalvás vagy az átalvás kimondottan csak szülői segítséggel működik,

- az elalvási szakasz meghaladja a 30 percet,
- az éjszakai ébrenlétet 20 percnél tovább tartanak.

2.5.3. Alvászavar okai

Az alvászavarok lehetséges okai között rossz szokásokat is találhatunk, illetve a családonál érzelmi és tudattalan intrapszichés, vagy interperszonális gyökerekből eredő okokat is találhatunk.

Rossz szokások lehetnek, a nem megfelelő hőmérsékletű szoba, túl puha vagy kemény fekhely, nem megfelelő ruházat, helytelen rituálék, gyakori tévzés, a szülő vagy gyermek szorongása, a szülő fel nem dolgozott veszteségélménye, szülő aggodalma a hirtelen csecsemőhaláltól, önreguláció késleltetése, ringatás, autózás.

Az alvászavarokkal kapcsolatos rossz szokások megváltoztatása rövidebb vagy hosszabb ideig tarthat, ezután jelentősen javulhat a helyzet. Néhány szempont figyelembevétele nagy segítség lehet a szülőknek, hogy a kialakult alvási szokásokat újra gondolják és korrigálják.

Jó hatású lehet az elalvás előtti harmonikus interakció, napközben elegendő testi kontaktus, és az önálló elalvás megtanítása.

A helyes szokások kialakítása mellett is fennálló alvászavarnál az alábbi tényezők jöhetnek számításba:

- a szülő vagy gyermek szorongása,
- szülő fel nem dolgozott veszteség élménye,
- szülő aggodalma a hirtelen csecsemőhaláltól,
- traumatizált szülés élmény.

Fontos lehet az alvászavar mögött lappangó, a szülő vagy gyermek részéről fennálló szorongások feltárása és az alvászavar pszichodinamikájának felszínre hozása. Fontos tudni, hogy minden családnál más és más megoldás vezethet az alvás zavar megszüntetéséhez. A meglévő tapasztalatok arra utalnak, hogy az alvászavarok kezelése gyakrabban igényel terápiás beavatkozást. Az anya pszichikailag feldolgozatlan vesztesége pszichoterápiás kezelést kíván.

2.6 Excesszív sírás

A csecsemőkorú sírás pszichobiológiai szempontból az intenzív belső diszkomfort ösztönös kifejezése, ami a fájdalom, éhség, szomjúság, félelem, unalom enyhítése iránti szükségletek kielégítetlensége miatt jelentkezik. Ez az evolúciósan megalapozott jelzés a szociális környezetet fiziológiai és pszichológiai szempontból is arra motiválja, hogy a sírást minél hamarabb megszüntesse és a csecsemő aktuális szükségleteit kielégítse (Ziegler és mtsai, 2008).

A gyermekorvosi gyakorlatban az excesszív sírás kifejezést az első 3 hónap intenzív síró és nyűgösködő viselkedésére használják. A normál sírás és az excesszív sírás tudományos és klinikai megkülönböztetését a mai napig elfogadott klasszikus „hármasszabály” alapján (Wessel és mtsai, 1954) tehetjük meg.

Excesszív sírásnak tekintjük, ha egy egyébként egészséges és jó táplált csecsemő az első 3 hónapban több, mint 3 órát sír és nyűgösködik naponta, legalább a hét 3 napján és legalább 3 hétig tartó időszakban. E klasszikus meghatározás szerint a nyugati kultúrákban a kutatásokban megadott definícióktól függően (Reineveld és mtsai, 2001) a szülők 8-40%-a számol be excesszív sírásról (Cowie, 2013; Cohen és Albertini, 2012).

Az excesszív sírás nem ugyanaz a jelenség, mint a kólika, annál egy szélesebb halmazt jelent, gyakran testi panaszok nélkül. A heves sírás miatt másodlagos tünetként mutatkozhat testi panasz, kipirosodás és a sok levegő nyelés miatti hasi fájdalom. A kólikának megfigyelhető néhány elsődleges intenzív testi jellemzője, melyek felismerése vagy hiánya segíti a kólika és ez excesszív sírás elkülönítését. Ilyenek a sírás nem csillapítható az adekvát szülői interakciók ellenére se, a sírás minden előzetes jel nélkül kezdődik és fejeződik be, éles hangos sírás, tipikus testtartás mutatkozik összeszorított öklök, behajlított lábak, grimaszok és feszülő has.

2.6.1 Excesszív sírás okai

A medikális okok mellett extrém sírás hátterében számos pszichoszociális rizikó faktort azonosítottak pre- és posztnatális időszakban: ilyenek pl. az elsődleges gondozót terhelő magas stressz, szorongás, depresszió, partnerkapcsolati problémák, a saját származási családdal való problémák, distresszt okozó kora gyermekkori emlékek, nem várt várandósság, szociális izoláció, alacsony szocioökonómiai státusz, egyedüli szülőség stb. (Papousek és Hofacker, 1998)

Minden csecsemő esetében más és más ok fedezhető fel, egy vagy több ok együttes jelenlétével. Célszerű a szülés előtti, a szülés utáni és a szülés körüli időszak szempontjait egyaránt szem előtt tartani. A szakemberek, az organikus okok kizárását követően leggyakrabban a szülő kommunikációs hiányosságaira koncentrálnak.

2.6.2 Az excesszív sírás kezelése

Az organikus okok kizárása után már egy szakértői beszélgetés elegendő lehet ennek a problémának a megoldásában. A szülőkkel együtt érdemes felkutatni, hogy mi lehet a sírás és a nyugtalanság oka. Érdemes megbeszélni, hogy reagálja le a szülő a sírásos állapotot. Előfordulhat, hogy túl ingerli a csecsemőt, ezért ilyenkor edukáljuk a szülőt a helyes gyakorlatról.

Napközben gyakran legyen ölben hordozva. Lassú mozgásokkal ringassuk a csecsemőt, függőlegesen vagy az alkaron hasaltatva, arccal a föld felé fektetve.

Fontos kérdés, hogy mit akar a csecsemő a sírásával közölni. Érdeemes a szülővel együtt gondolkodva föltárni a lehetséges okokat.

2.7. Etetési, étkezési-és gyarapodási zavarok

A csecsemőkor evészavar olyan állapot, amelyben a csecsemő vagy kisgyermek étvágytalan, keveset vagy egyáltalán nem hajlandó enni, illetve az étkezésekkel kapcsolatos problémák és nehézségek jelentkeznek. Ez a probléma különbözhet súlyosságban és gyakran különböző tényezők okozhatják: lehet pszichológiai, érzelmi, valamint fizikai háttere is. Az evészavar kialakulásának pontos okai egyénenként eltérhetnek, de néhány gyakori ok:

- Élettani okok: Gyomor- és bélrendszeri problémák, például reflux, allergiák vagy intoleranciák (pl. tejfehérje-intolerancia) miatt fájdalmassá válhat az étkezés, ami étvágytalanságot eredményez.

- Pszichológiai és érzelmi tényezők: A szülők étkezési szokásai, a táplálás körüli feszültségek és a szülők stresszkezelési módjai mind befolyásolhatják a gyermek étkezési magatartását. Ha az étkezések rendszeresen feszültséggel járnak, ez akár étkezési elutasítást is eredményezhet.

- Fejlődési sajátosságok: Egyes gyerekek érzékenyebbek az új ízekre, textúrákra, és lassabban szoknak hozzá a változatosabb étrendhez, különösen, amikor az új ételek bevezetése során túl sok inger éri őket.

A csecsemőkor étel ajánlata 3 csoportra osztható. Az első 6 hónapban folyékony, a 6. hónaptól pépes, azt követően pedig a félszilárd, majd a szilárd ételek. Kultúráktól függetlenül minden anya szeretné a csecsemőjét mennyiségben és minőségben is a legjobb módon táplálni. Napjainkban amikor elegendő étel áll rendelkezésünkre, a bőséges ételkínálat nemcsak mentesíti az anyát, hanem a bőség gyakran gondot is okozhat. A gyermek megszületése után az első fontos döntés az, hogy szoptasson-e az anya vagy sem. Ez a vita, ami már több mint egy évszázada folyik a cumisüveg és

a szoptatás választása között, napjainkban sem tűnik lezártnak. Ilyenkor figyelembe kell vennünk az anya fizikai és lelki egészségi állapotát. Szeretné-e vagy tudja-e szoptatni a csecsemőjét? A fejlett világban az utóbbi néhány évtized során megerősödött az a felfogás, ami igyekszik minden egyéb érdekektől függetleníteni az anyákat ebben a fontos döntésben.

Az Egészségügyi Világszervezet és az általános gyermekorvosi törekvés a szoptatás elősegítésére és sikerességére addig helyes, ameddig ez nem ideológiai megfontolású és mentesíti a bűntudattól a szoptatni nem tudó vagy nem akaró anyákat. Ideális körülmények között az anyák 90 százaléka képes a szoptatásra. Általános tévhit, hogy a cumisüveggel történő táplálás közben nem alakul ki mély és biztos érzelmi kötődés. Ennek cáfolata az, hogy az örökbefogadó anyák ugyanolyan érzelmi közelséget nyújthatnak, mint a biológiai anyák, akik szoptatják gyermeküket. Az anya számára a leggyötrőbb tapasztalat az, ha csecsemője nem gyarapszik, nem szopik kellőképpen, vagy visszautasítja az ételt. Ezek a problémák az anya kompetencia érzésének megkérdőjelezését és az önbizalom megingását idézik elő. Az anya ilyenkor kételkedést, szomorúságot vagy dühöt érezhet.

Ha hosszabb ideig fennáll a zavar, ez erősen megingatja a felépülőben levő anyagyermek érzelmi kötődési kapcsolat biztonságát. Etetési- vagy étkezési zavarról akkor beszélünk, ha a szülők mellett a szakemberek is, a csecsemő etetés vagy étkezés közbeni viselkedését több, mint 4 hétig problémásnak vélik. Az etetési- vagy az étkezési zavarok nem minden esetben járnak gyarapodási problémákkal.

2.7.1. Az etetési zavarok kritériumai.

Az etetési zavarok az első hónapokban a következő probléma köröket foglalhatják magukba:

-napi hányás,

- a tej az étel visszautasítása,
- étvágytalanság, szopási- és nyelési nehézségek,
- az egyes etetési folyamatok hosszú, több mint 45 percnyi időtartama,
- az egyes etetések közötti időtartam kevesebb mint 2 óra.

Etetési problémák a 6. hónap után a következő kategóriákkal bővíülhetnek:

- mindenféle étel teljes vagy nagymértékű visszautasítása (infantilis anorexia),
- félíg szilárd vagy szilárd ételek visszautasítása,
- rágási- és nyelési problémák,
- étvágytalanság,
- az anya- gyermek evés közbeni interakciós zavarai.

Az infantil anorexia az étkezési zavarok egy ritka, de súlyos formája. Megjelenése a 6.hónap és 3 éves kor között jellemző. Az étel teljes mértékű visszautasítása együtt jár gyarapodási zavarral, lelassult motorikus fejlődéssel és akár beszéd fejlődési lemaradással is.

A szülői félelem a gyermek egészségi állapota miatt jellegzetes szülői viselkedést és értelmezést von maga után, miszerint gyermekük étvágytalan, követelődő és etetés közben makacs. A szülő folyamatosan követi gyermekét az étellel, erőszakkal eteti, gyakran váltja az étel kínálatot és furcsa módon tereli el a gyermek figyelmét valami másra ahhoz, hogy etetni tudja. Az infantil anorexia esetében a szülő-gyermek kapcsolat legfontosabb témái az autonómia, a függőség és a kontroll köré szerveződnek.

Az etetési problémák egy másik különleges formája a poszttraumás etetési zavar csecsemőkorban (Hofacker és mtsai.2004; Chatoor és mtsai 1988).

Ebben az esetben a száj, az arc vagy a garat területét érintő inger averziós hatást gyakorol a csecsemőre. Ezért visszautasít mindenféle folyadékot vagy ételt. Többféle oka lehet; leggyakrabban az arcot, száját vagy a garatot érintő korai műtétek, szondázás vagy reflux, illetve az erőszakos etetés negatív tapasztalatai. Ebben az esetben a csecsemő az ételt, mint egy potenciális veszélyt éli meg és védekezik ellene. Az etetési- étkezési és gyarapodási zavarok további okai lehetnek még; ha az anya nem tudja elfogadni a csecsemő fejlődéséből vagy aktivitásáról adódó autonómia törekvését etetés közben. Ilyenkor a csecsemő érdeklődése a dolgok iránt, vagy a motoros és kognitív fejlődése előrébb tart, mint ahogyan azt az anya elvárná és ebből kiindulva nem engedi a gyermekét játszani az étellel vagy az étkezési eszközökkel. Ezzel kapcsolatban szerepet játszhat az is, hogy több szülő csak akkor ad a gyermek kezébe kanalat, ha már tud önállóan ülni és tisztán enni. Ezzel szemben a csecsemő természetes érdeklődése az étel és az evőeszköz iránt sokkal korábban, már akár a 4. hónaptól is megfigyelhető. Ha az anya nem kap segítséget a csecsemő ételt visszautasító viselkedésének megértésében, az étel kezdetben csupán tiltakozásként megjelenő visszautasítása, hosszú távon az etetési- étkezési zavar megszilárdulásához vezethet.

2.7.2. Az etetési, étkezési és nem organikus gyarapodási zavarok kezelése

Ezeknek a zavaroknak a kezelése nemcsak a szülő, hanem a szakember számára is nagy kihívás. A szakember feladata sokoldalú, ebbe beletartozik a szülő ambivalens érzelmeinek megmagyarázása is. Maga az a tény, hogy a szülőnek ilyenkor professzionális segítséget kell kérnie, erősen megingatja a szülői kompetencia érzését. Az aggodását tudattalan fantáziák irányítják. A szülő a gyermek etetési problémáit ellene irányuló harcként éli meg és felruhazza a gyermekét negatív címkékkel.

Ahhoz, hogy a szülők pontosabban behatárolják az etetési zavart, célszerű kezdetben napi dokumentációt vezetni az étel mennyiségéről, az etetés időtartamáról, valamint a gyermek etetés közbeni viselkedéséről. A szülők határozzák meg hol és mikor táplálják gyermeküket, valamint milyen táplálékot nyújtanak neki, ugyanakkor a gyermek döntsön afelől, hogy mennyit eszik. Az örömteli evés csak akkor valósulhat

meg, ha a csecsemőre nyomást gyakorló erőszakos táplálás megszűnik. Az etetések szabályos ritmusa szintén elősegíti a táplálási problémák enyhülését. Lényeges, hogy a szülő az etetést ne feladatként élje meg, hanem az evés, az együtt evés egy örömforrás legyen a szülőnek és a gyermeknek is.

2.8. Kutatási kérdések

-Van-e integrált szülő-csecsemő konzulens (későbbiekben ISZCSK) végzettséggel rendelkező a védőnői hivatást gyakorlók körében?

-Milyen ismeretekkel rendelkeznek a védőnők a regulációs zavarokkal kapcsolatban?

-Felismerik-e a napi gyakorlatban a regulációs zavarhoz társuló problémákat, nehézségeket?

-Szükségesnek érzik-e a regulációs zavarok felismeréséhez szükséges tudás megszerzését?

-Változik-e a védőnői gondozás hatékonysága az ISZCSK képzettség megszerzésének függvényében?

3. ANYAG ÉS MÓDSZER

3.1. Adatgyűjtés

Kutatásom feltáró típusú, tudomásom szerint ebben a témában Magyarországon ilyen kutatás nem történt, így a kutatás primernek tekinthető. A vizsgálati populáció a területi védőnők köre volt. A mintavétel véletlenszerű volt. A kutatás egy validált, 19 kérdést tartalmazó kérdőívvel történt. Az adatgyűjtést Google kérdőív használatával végeztem. A kérdőív 2024.08.21. és 2023.09.30. közötti időtartamban volt nyitva kitöltésre. A kérdőív a mentorrendszeren keresztül került kiküldésre a védőnőknek, valamint megosztásra került a Védőnők zárt Facebook csoportban. Kitöltése anonim és önkéntes volt.

A validált kérdőív mellett, 5 szülő-csecsemő konzulensi végzettséggel rendelkező védőnővel készítettem interjút. Félig strukturált kérdéseket tettem fel, telefonos beszélgetés formájában, mely beszélgetés közben, jegyzeteltem a hallottakat.

3.2. A kiértékelés menete

Az adatok a Google kérdőív által generált Excel táblában kerültek kimentésre és kiértékelésük az SPSS Windows 20 rendszerrel történt.

4. EREDMÉNYEK:

4.1. Kérdőív elemzése

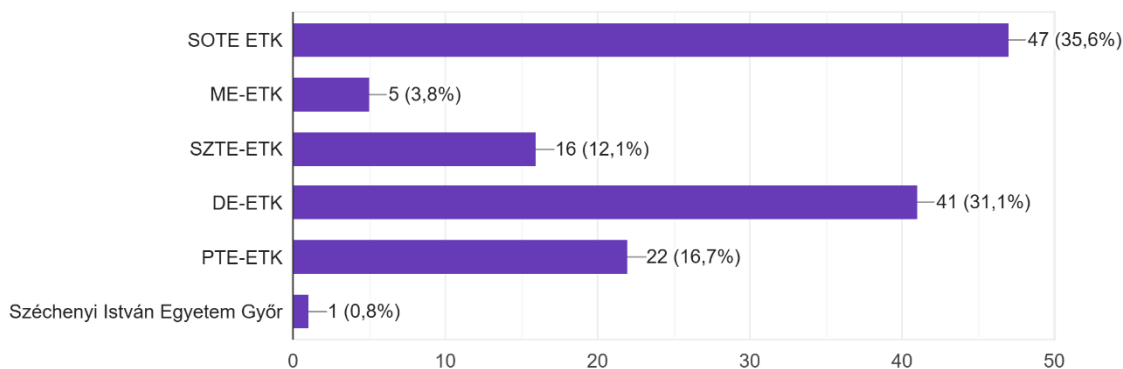
n=132

A válaszadó védőnők diploma megszerzésének helye

A kitöltők közül a legtöbben Budapesten végeztek (35,6 %). Nagy számban töltötték ki a Debrecenben (31,1 %) és Szegeden (12,1 %) és Kaposvárott (16,7 %) végzett védőnők is a kérdőívet. Közel hasonló arányban töltötték ki a Miskolcon (3,8 %) és a Győrben (0,8%) végzettek a kérdőívet.

1. Melyik egyetemen szerezte meg a védőnői diplomáját?

132 válasz



A válaszadó védőnők diploma szerzésének éve

A válaszadók több, mint a fele (71 védőnő) 2004 előtt szerezte a diplomáját. 2005 és 2014 között 42-en lettek védőnők és az elmúlt 10 évben 19 védőnő kapott diplomát.

Sajnos ebből a megjelenő korfa tükrözi a védőnői társadalom nagy problémáját: 53,50 %-a válaszadónak a 40 év feletti korosztályba tartozik, így nagy kérdés az utánpótlás.

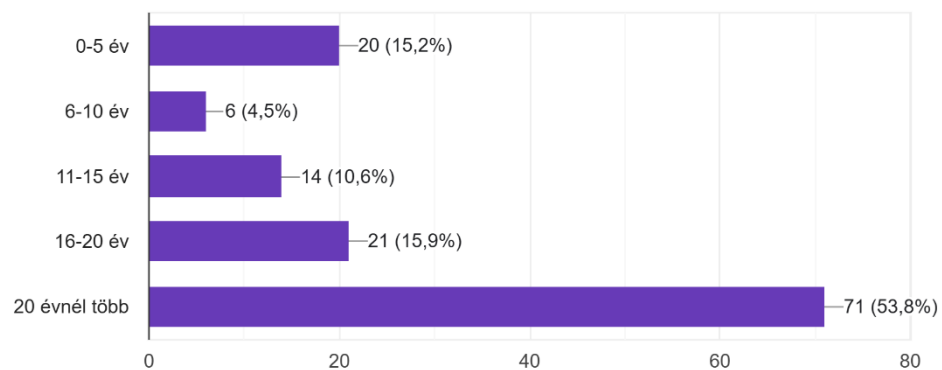


A válaszadó védőnők, munkában eltöltött ideje:

A 132 válaszadónak, több, mint a fele a 20 évnél régebben dolgozik védőnőként. Itt is látszik az előregező szakma veszélye, kevés a fiatal, kezdő védőnő.

3. Hány éve dolgozik védőnőként? Kérem a betöltött évek számát vegye alapul

132 válasz

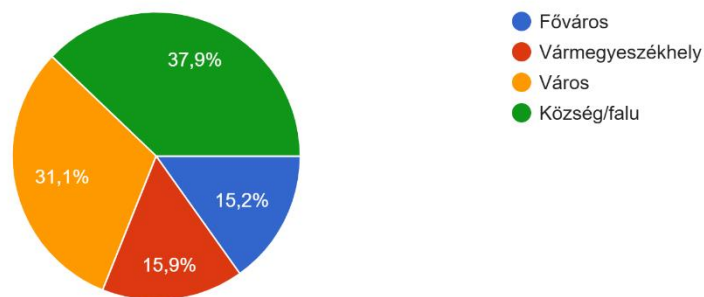


A válaszadó védőnők által ellátott település típusa

A negyedik kérdésben azt vizsgáltam, hogy milyen településen dolgozik a védőnő. 132 válasz érkezett, itt a válaszadók nagyjából ugyanannyian dolgoznak városban, mint kisebb településeken.

4. Milyen településen dolgozik?

132 válasz

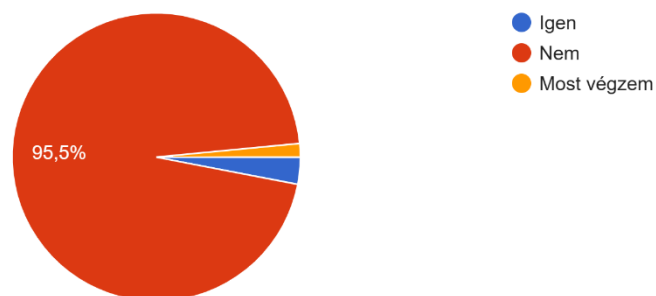


A válaszadó védőnők esetleges ISZCSK végzettsége

A 132 válaszadó közül, 4 védőnő már rendelkezik végzettséggel, 2 pedig most végzi.

5. Van-e Integrált Szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi végzettsége?

132 válasz



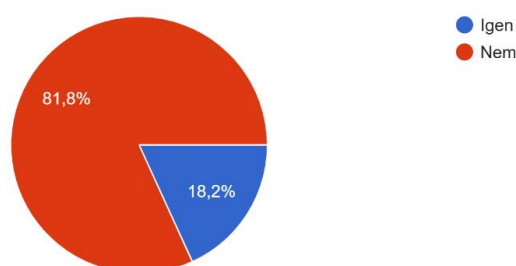
A válaszadó védőnők regulációs zavarokkal kapcsolatos tanulmányai alapképzésben

A 6. kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy az alapképzésben kaptak-e a védőnők a regulációs zavarokkal kapcsolatos ismeretet. A 132 válaszadóból, 24-en kaptak. Azok a védőnők, akik a 6. kérdésben azt válaszolták, hogy kaptak regulációs zavarokkal kapcsolatos képzést, azt a plusz kérdést kapták, hogy hány órában tanulták a regulációs zavarokkal kapcsolatos ismereteket. Itt nagy volt a szórás, 1 óra és 40 óra között helyezkedtek el a válaszok, a 2 órát adták meg 11-en.

A következő kérdést is azoknak a védőnőknek tettem fel, akik kaptak regulációs zavarokkal kapcsolatos képzést, hogy hasznosnak érezték-e a tanultakat. Itt 100%-ban az mutatkozott, hogy hasznosnak érezték ezeket az ismereteket, és tovább is képeznék magukat.

6. Kapott-e regulációs zavarokkal kapcsolatos ismereteket az alapképzésében?

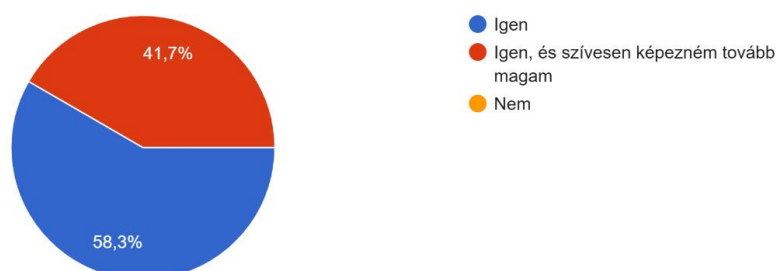
132 válasz



A következő kérdést is azoknak a védőnőknek tettem fel, akik kaptak regulációs zavarokkal kapcsolatos képzést, hogy hasznosnak érezték-e a tanultakat.

Hasznosnak érezte-e a megtanultakat?

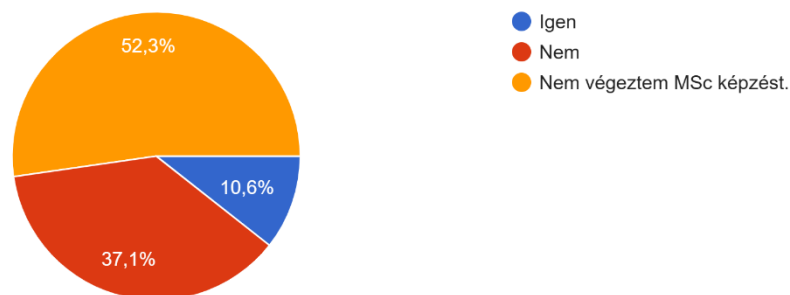
24 válasz



A 7. kérdésben a mesterképzésen végzett védőnőktől kérdeztem meg, hogy kaptak-e regulációs zavarokkal kapcsolatos ismereteket. 132 védőnőből összesen 63-an végeztek valamilyen MSc képzésben, és 14-en szereztek regulációs zavarokkal kapcsolatos tudást. Ez azt jelzi, hogy a mesterképzésben nagyobb hangsúlyt fektet a képzőhely, a regulációs zavarok felismerésére a védőnői munka során.

7. Kapott-e regulációs zavarokkal kapcsolatos ismereteket a mesterképzésében?

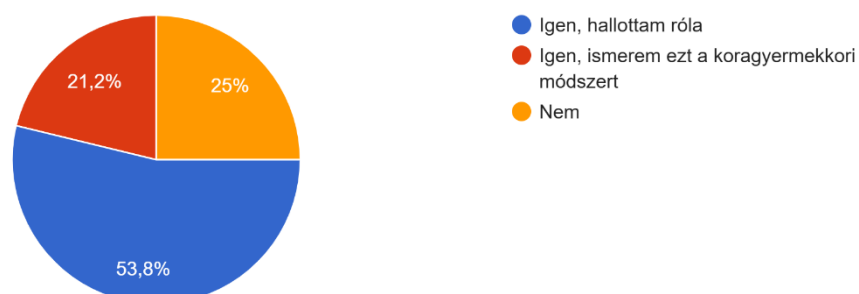
132 válasz



A 8. kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a védőnők hallottak-e az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációnak a szemléletéről, illetve ismerik-e pontosan ezt a szemléletet. Összességében sokan ismerik és hallottak róla, 53,8 százaléka hallott róla és 21,2 % ismeri és pontosan ezt a szemléletet a válaszadók 25 százaléka nem hallott még róla.

8. Ismeri-e az integrált szülő-csecsemő/ kisgyermek konzultáció szemléletét?

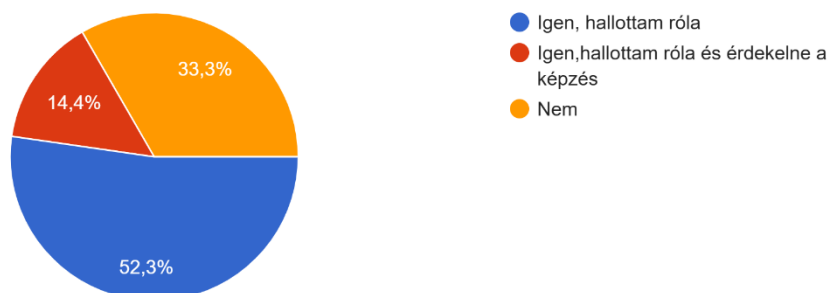
132 válasz



A 9. kérdésben azt szerettem volna megtudni, hogy hallottak e már a védőnők az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens posztgraduális képzéséről.

9. Hallott-e már az Integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens postgraduális képzéséről?

132 válasz



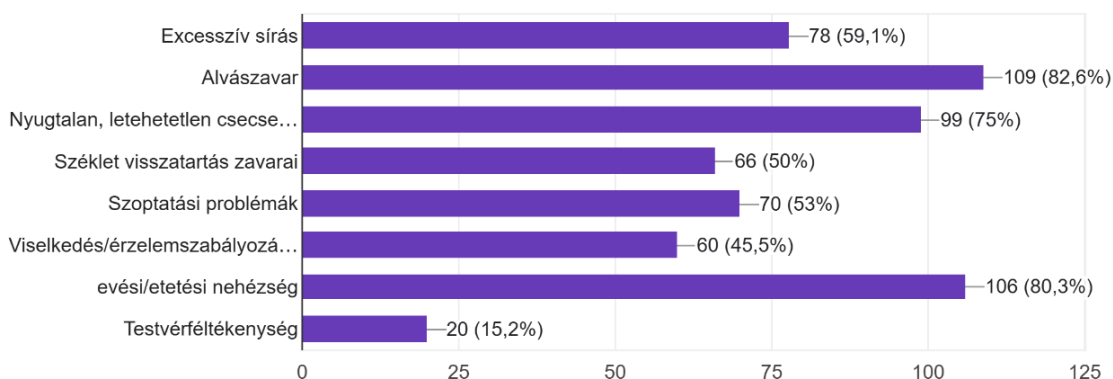
A 10. kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a védőnők felismerik-e melyik viselkedési probléma tartozik a regulációs zavarok közé.

A 132 válaszadó több, mint 80%-a felismerte, hogy az alvászavar és az etetési nehézség a regulációs zavarok közé tartozik. A válaszadók több, mint 70%-a pedig felismerte azt, hogy a szoptatási probléma és az excesszív sírás szintén a regulációs zavarok közé tartozik.

Összességében elmondható, hogy a válaszadó védőnők több mint 50%-a, felismeri és tisztában van vele, melyek azok a viselkedési problémák, amelyeket regulációs zavarokként említünk.

10. Ön szerint az itt található, családokat érintő nehézségek közül, melyik sorolható az elsődleges regulációs problémák közé?

132 válasz

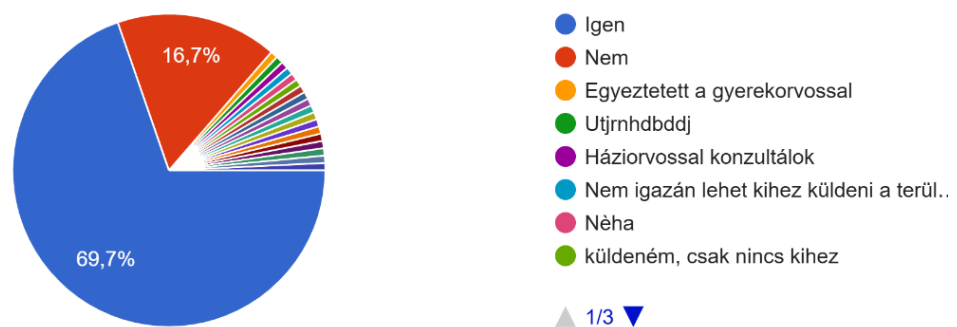


A 11. kérdésben a védőnőket arról kérdeztem, ha felismerik a regulációs zavart tovább küldik-e szakemberhez.

A 132- védőnőből 92-en tovább küldik szakemberhez, 22 védőnő viszont nem küldi sehova, többen azért, mert nincs a környéken szakember. 18 védőnő pedig, először a házi orvossal konzultál.

11. Ha felismer egy regulációs zavart egy családnál, tovább küldi-e szakemberhez?

132 válasz



A 12.kérdésben azok a védőnők válaszoltak, akik tovább küldik szakemberhez a regulációs zavaros gyermek családját. Ebben a kérdésben azt kérdeztem, hogy milyen szakemberhez küldi a családot.

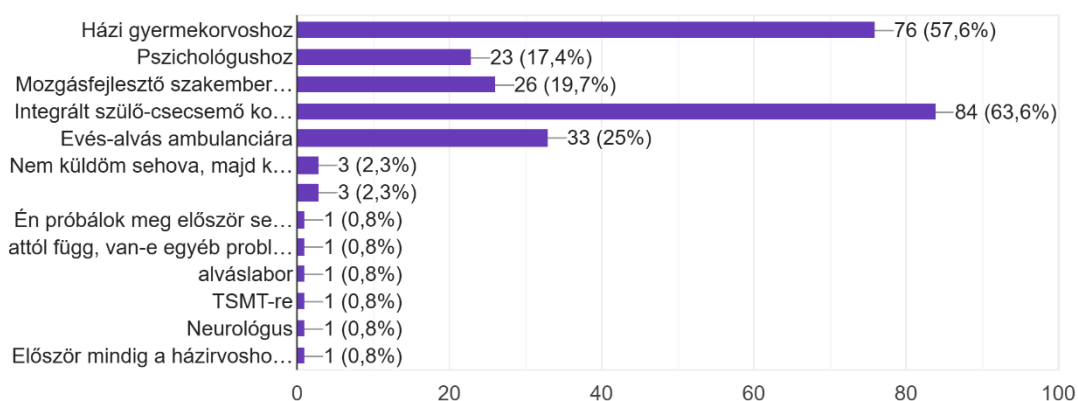
A 96 válaszadó védőnő közül 62-en ISZCSK szakemberhez, 13-an pszichológushoz és 9-en háziorvoshoz irányítják közvetlenül a családokat. A válaszok között volt még laktációs tanácsadó, gasztroenterologus, evés-alvás ambulancia és pedagógiai szakszolgálat is.

A következő, 13. kérdésben már arra voltam kíváncsi, hogy egy alvás zavaros csecsemő családját hová irányítaná a védőnő.

Itt 132 védőnő válaszolt, és az előző kérdéshez hasonlóan a házi gyermekorvos, a pszichológus és az integrált szülő csecsemő konzulens volt a leggyakoribb válasz.

13. Hová küldené, egy 3 hónapnál régebben tartó nyugtalan, alvás problémával küzdő csecsemő családját?

132 válasz



A 14.kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy mit tenne a védőnő, ha a táplálási problémával küzd a csecsemő/kisded családja?

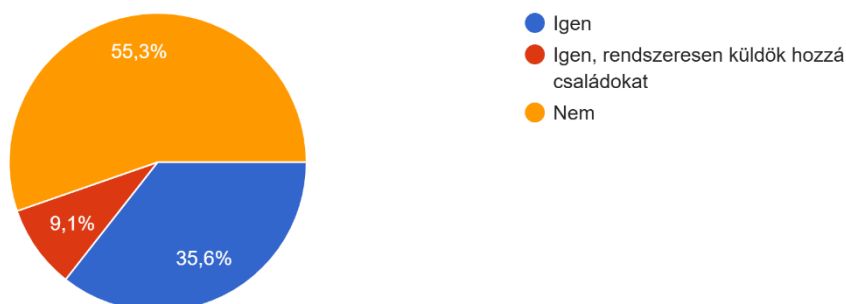
Egyéni válaszok születtek itt is. Általában több szakembert is megjelöltek.

82 védőnő első körben a házi gyermekorvoshoz küldené a családot, 89-en ISZCSK szakemberhez, 31 védőnő evés-alvás ambulanciára, és itt többen (29-en) jelölték meg a gasztroenterológus szakorvost. 28 védőnő pszichológushoz irányítaná az evészavaros gyermek családját, 21-en pedig laktációs tanácsadóhoz.

A 15.kérdésben a Szülő-csecsemő konzulensek országos lefedettségére voltam kíváncsi. Sajnos a 132 válaszadó védőnő közül, 73-an jelölték azt, hogy nincs a környezetükben elérhető szakember.

15. Van-e elérhető Integrált szülő csecsemő konzulens szakember a környezetében?

132 válasz

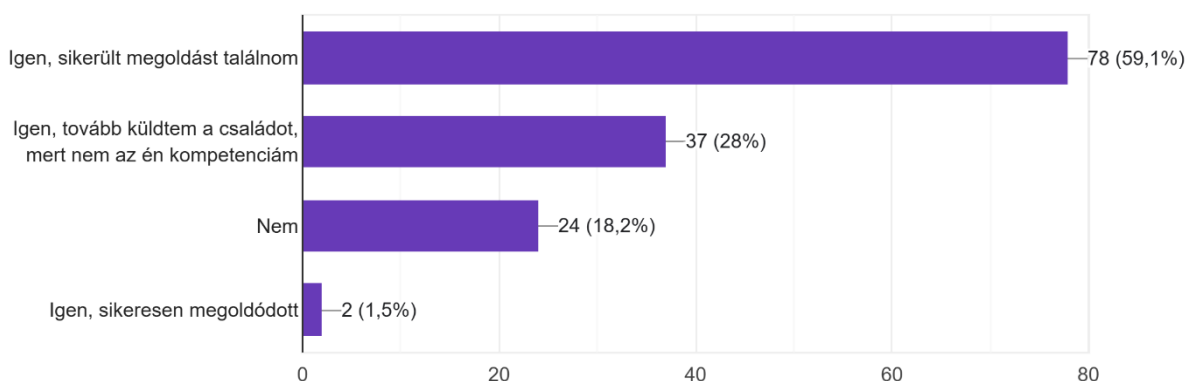


A 16. kérdésben, azt szerettem volna meg tudni, hogy a védőnők felismertek-e már regulációs problémát és tudtak e hatékonyan segítséget nyújtani.

A védőnők közel 60 %-a talált megoldást a problémára, 28 %-a tovább küldte szakemberhez, mert úgy érezte, hogy nem az ő kompetenciája.

16. Volt-e már olyan tapasztalata , hogy felismerte, és hatékony segítséget nyújtott Ön, egy fennálló regulációs problémában(táplálási nehézség, alvás probléma)?

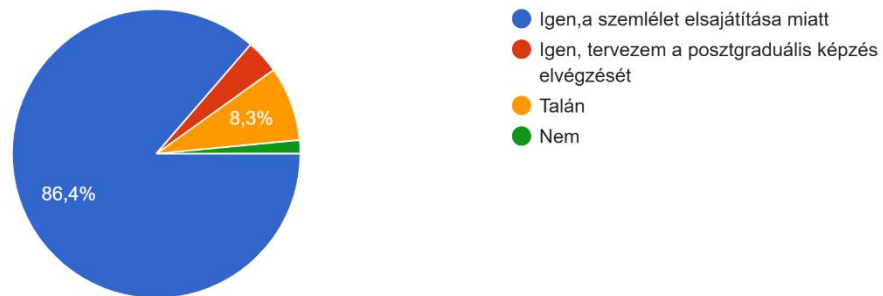
132 válasz



A 17.kérdést arra vonatkozóan tettem fel, hogy a védőnők szükségesnek érzik-e a regulációs zavarokkal kapcsolatos továbbképzéseket. Közel 90 %-a válaszolt igennel, és 5 védőnő tervezi az ISZCSK posztgraduális képzés elvégzését.

17.Szükségesnek érzi-e a védőnők ilyen irányú képzését, továbbképzését?

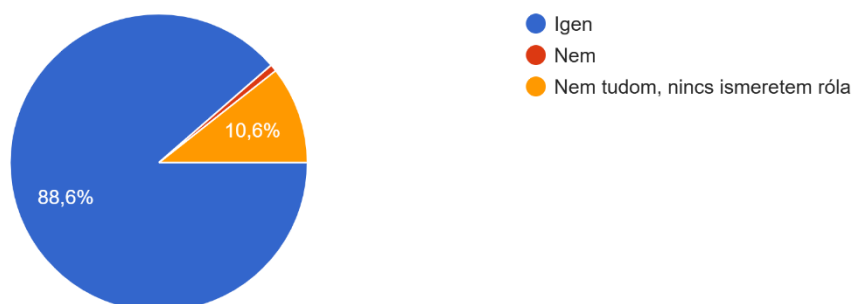
132 válasz



A 18. kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a védőnők véleménye szerint, hatékonyabb lenne-e a munkánk egy ilyen tudás birtokában. 132 válaszadó védőnőből 117-en gondolják ezt, ezzel is alátámasztva a hipotézisemet, hogy szükséges a védőnők ilyen irányú képzése.

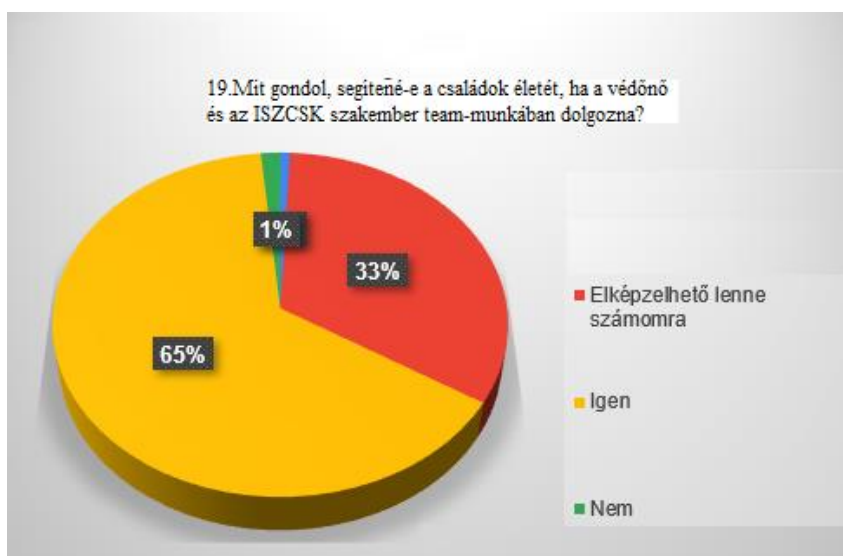
18. Véleménye szerint, hatékonyabb-e a védőnő munkája egy ilyen tudás birtokában?

132 válasz



19. kérdés: Segítené-e a regulációs zavarokkal küzdő családok életét, ha a védőnő és az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens szoros együttműködésben, és team-munkában végezné a problémák megoldását?

132 válaszadóból 85-en igennel válaszoltak, 43 védőnő pedig elképzelhetőnek tartotta.



4.2 Interjú

Az 5 védőnőt saját ismeretségi körömből választottam. Igyekeztem úgy választani, hogy legyen olyan, aki faluban dolgozik, és legyen városban dolgozó. Az életkoruk is, illetve az ISZCSK végzés éve is eltérő legyen.

Az interjú során három kérdés mentén történt az elemzés mind az 5 védőnőt illetően:

-Miért jelentkezett az ISZCSK képzésre, mi volt a fő motiváció?

-Kapott a képzés során új ismereteket, nézeteket, ami miatt más megközelítést kapott a gondozási tevékenysége?

-Volt-e olyan esete a munkája során, amikor felismert és hatékonyan kezelt egy regulációs problémát?

4.3 Interjú eredménye

Az első válaszadóm 53 éves, Pest vármegyei nagyközségben dolgozik védőnőként, 2 éve végezte az ISZCSK képzést.

-Első kérdésem, amely az volt, hogy miért kezdte el az integrált szülő-csecsemő konzulens képzést, ezt a választ kaptam:

„Én azért választottam ezt a képzést, mert amikor anyává váltam, akkor az egészségügyi részével tökre képbe voltam, de a pszichológiai háttér az nekem hiányzott. Ezt a munkám alapján is tapasztaltam, hogy az anyáknak a pszichés támogatása rendkívüli fontossággal bír.”

„Jól tettem, mert szerintem a kettő együtt ad egy olyan hozzáállást a védőnőnek, ami szerintem jól megtámogatja az anyukákat minden téren, tehát mind egészségügyi vonalon, mind pszichésen, akár a fejlődépszichológiai vonalon is. „

-Második kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a képzés során kapott-e új szemléletet a védőnői gondozással kapcsolatban, amire ez a válasz érkezett:

„Megmondom őszintén, ami nagyon új volt az a kötődéselmélet, azért mi ilyen részleteiben a kötődésről nem tanultunk.”

-A harmadik kérdésben egy esetbemutatót kértem, és az alábbi választ kaptam:

„Van egy édesanya a körzetembe, ahol excesszív sírással küszködnek. Ott egy nagyon nehéz szülés volt, több mint 24 órát vajúdott az édesanya, a végén megcsászározták és sok oxitocint is kapott a szülés közben. Rendkívül zaklatott babája van, de azért az is látszik, egyre könnyebben meg tudja nyugtatni az édesanya, és ezáltal azért toleránsabb az anya, hogy azért ennek majd vége lesz. A javaslatomra finom érintésekkel, simogatással, összefújással próbálja nyugtatni.”

„A várandósokat az apukákkal együtt, felkészítem ennek az időszaknak a nehézségeire, hogy mire figyeljenek oda, hogy mennyire tehermentesítsék az anyát.

Így sokkal kevesebb aggódó telefont kapok, mint régebben, mikor még nem volt ez a végzettségem.”

A második válaszadó 45 éves, Budapesten dolgozik. 8 éve végzett szülő-csecsemő konzulensként.

-Az első kérdés az ISZCSK képzés elkezdésének motivációja, melynek válasza:

„Igazából azt éreztem, hogy azok az régi védőnői tanácsok, ahogyan fel lettem készítve a főiskolán, egy idő után a gyakorlatban ez nem elég és nem lehet mindenkire ráhúzni ugyanazt. Azt éreztem, hogy sokkal mélyebb gyökerei vannak a problémáknak a családoknál. Szerettem volna jobban megérteni egyrészt a szülő-gyerek kapcsolódási problémát, akár egy alvás problémát, akár egy evés problémát. Én egy atipikus fejlődésű gyereket neveltem és még kicsi volt a lányom, amikor elkerültem egy beharangozó konferenciára, ott több előadást is meghallgattam, és ott hallottam először erről, hogy regulációs zavar.”

-A második kérdés, hogy volt-e új ismeret a képzés során, amelyre a válasz:

„Soha nem hallottam arról, hogy a csecsemőkre máshogy is lehet tekinteni, az anya-gyerek kapcsolatáról tanultunk valamennyire, de a kötődést nagyon érintőlegesen tanultunk. Itt ez volt teljesen új, a kötődési minták.”

„Azt éreztem, hogy nem csak, mint konzulens, hanem védőnőként is mekkora tárháza az új tudásnak, ahogy a családokról gondolkodunk, a különböző modellezése a családoknak.”

-A harmadik kérdésben, a sikeres regulációs problémamegoldásra ez volt a válasz:

„Ha jól emlékszem, volt egy 15 hónapos kisdéd, aki még mindig anyatejen él, tehát inkább evészavar volt és nem ment egyáltalán a hozzátáplálás, de például velük külön szerződtem konzulensként.”

„Inkább azt tapasztalom, hogy sokkal több pozitív visszajelzés jön azáltal, hogy ezeknek a családoknak segít az ember, bár igazából nem is te segítesz, hanem ő segít magán, de hogy elindul egy változás és kapok pozitív visszajelzést az egy dopping.”

„Én a szülőknek is, amikor tartok ilyen workshopokat, rengeteget beszélek arról, hogy miért kell őket felvenni, hogy mit jelez a sírásával. Sokkal jobban állnak utána hozzá, mert tudja azt, hogy ez így van, és a gyereke nem manipulálja.”

A harmadik válaszadóm 62 éves, faluban dolgozó védőnő, 2015-ben végzett konzulensként.

-Első kérdésben az ISZCSK képzés elkezdésének okaként, az alábbi választ kaptam:

„Azért indultunk el, mert az ember pénzt, időt, energiát áldoz rá, hogy a védőnői munkájában fejlődjön. A csecsemőkorban rohamos a fejlődés és ott nekünk akkora lehetőségünk van, mert országos lefedettségű a védőnői szolgálat. Ott vagyunk helyzeti előnyben, hogy olyan kisiklást láthatunk, ahol, ha nem tudunk segíteni, akkor nem jut megfelelő helyre a gyermek és még felnőtt korában is dolgozni kell majd a problémáján.”

A képzésen kapott új látásmóddal kapcsolatos kérdésekre, válasz:

„Sokszor már azt tapasztaltam a képzés során, hogy elég egy jól irányított beszélgetés, anamnézis felvétel, a munkámban és sokkal hatékonyabb a probléma feltárása, illetve átkeretezése. „

„Jó volt a képzésben, hogy máshogy látod a problémát. Ugye itt a védőnői munkában az a probléma, hogy mindenki ösztönösen a megoldást keresi meg, nem tanácsadás kellene, hanem együtt gondolkodás. A tanácsadás csak az éles helyzetekben szükséges, például lázcsillapításnál, vagy baleseteknél. „

-Harmadik kérdés, amely a sikeres esetfelismerés és problémamegoldás ismertetésére irányult, az alábbi választ kaptam:

„Alvászavarnál, megkérdezem, hogy a gyerek szemszögéből mit gondolsz, hogy érzi magát az a gyerek egyedül a szobában? Külön aludnál a párodtól milyen érzés lenne? Tehát, hogy a gyerek szemszögéből nem látják még és akkor már átgondolja ő is, hogy azért sír, mert arra vágyik, hogy odamenjen valaki.”

Negyedik válaszdóm 43 éves fővárosi védőnő. Most fog végezni konzulensként.

-Első kérdésem, amely az volt, hogy miért kezdte el az integrált szülő csecsemő konzulens képzést, ezt a választ kaptam:

„Én a laktációs képzésben érintőlegesen hallottam a regulációs zavarokról és így igazából el kezdett érdekelni, hogy tulajdonképpen mi is ez, hogyan alakul ki és tulajdonképpen ezért kedvet kaptam ehhez így menet közben.”

-Második kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy a képzés során kapott-e új szemléletet a védőnői gondozással kapcsolatban, amire ez a válasz érkezett:

„A kötődés kialakulása, mechanizmusa, illetve az, hogy tulajdonképpen nem kell egy problémáról a jelenben gondolkodni, hanem esetleg korábbi élmények felszínre juthatnak, és az is okozhatja. Tehát a múlt is hathat a jelenre.”

-Harmadik kérdésem: Volt-e olyan esete a munkája során, amikor felismert és hatékonyan kezelt egy regulációs problémát?

„Igazából egy esetet el tudok mondani, hogy a koraszülött babóca volt és inkább laktációsként kerestek meg, csak menet közben kiderült, hogy hát itt van bőven regulációs zavar. Ahogy az anya a miérteket el tudta mondani, illetve felszínre kerültek a beszélgetések alapján, kiderült, hogy apuka felől jött ez a regulációs zavar. Végül megoldódott amikor anyuka látott olyan videókat, hogy apukát hogyan etették gyerekkorában. Végül is az ösztöneire hagyatkozott és egy kicsit meghúzta a határokat.”

Ötödik válaszdóm 39 éves, 1 éve végzett konzulensként. Budai agglomerációban dolgozik, pici községben.

Az ISZCSK képzésre jelentkezés okaként, ez volt a válasza:

„Olyan tudást szerettem volna mindenképpen, ami naprakész és időtálló, mert ezt bármikor tudjuk alkalmazni.”

„A gyerekem nekem ugye „kakivisszatartó” volt és hogy nagyon sokat küzdöttünk azzal, mire a megfelelő szakemberhez elkerültünk. Sokkal olcsóbban megúszhattam volna ezt, hogyha van egy olyan szakember, aki kicsit másképpen lát minket. Egy olyan gyermekorvos vagy védőnő, aki képviseli ezt a vonalat és azt mondja nekem, hogy nincs fizikálisan semmi baja, hanem menjünk rá minél előbb a pszichés oldalára.”

-A második kérdés, hogy volt-e új ismeret a képzés során, amelyre a válasz:

„Azok a szupervíziós, gyakorlati órák, nagyon jól rávilágítottak arra, hogy hol kell a baj forrását keresni és hogy mi lehet ott a kiindulópont, úgyhogy nekem azok nagyon hasznosak voltak.”

-Esetismertetéssel kapcsolatos kérdésekre, ezt a választ kaptam:

„Nem volt tipikus regulációs zavaros esetem, viszont segített, hogy egyrészt szerintem anyukákat sokkal jobban meg tudok nyugtatni, hogy nem eszik olyan forrón a kását és hogy más hozzáállással ezt így meg lehet oldani. Tehát rögtön nem pánikolunk, meg nem rohanunk vele, hanem időt hagyunk. Volt egy várandósom, aki mire jött a második terhes tanácsadásra addigra elvetélt. Mondtam neki, hogy jöjjön el még máskor is tanácsadási időben és beszéljünk. Így átbeszéltük ezt a gyász folyamatot és akkor megfogalmazta, hogy ő előrébb jár, mint a férje. Ezzel valószínűleg megelőztünk egy, a később születendő gyermekénél egy regulációs zavart, mert hogy adtam neki teret és időt. Ezt például az új szemlélet indíthatta el velem, amit a képzésen tanultam, hogy akkor ezt a vetélést és gyászt beszéljük át.”

5. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

5.1 A kutatási kérdésre adott válaszok:

-Van-e integrált szülő-csecsemő konzulens (későbbiekben ISZCSK) végzettséggel rendelkező a védőnői hivatást gyakorlók körében?

A 132 válaszadóból 24 védőnő rendelkezik ISZCSK végzettséggel. Ez a válaszadók 18,2 %-a.

-Milyen ismeretekkel rendelkeznek a védőnők a regulációs zavarokkal kapcsolatban?

A kérdőíves felmérés alapján kiderült, hogy a védőnői alapképzésben a válaszadó védőnők 18,2 százaléka, mesterképzésben pedig 11 % kapott a regulációs zavarokkal kapcsolatos ismeretet. Ezeket az ismereteket az összes válaszadó hasznosnak tartotta és több mint 40 % tovább is képezné magát.

Az integrált szülő csecsemő konzultáció szemléletét a védőnőknek csak 25%-a nem ismeri.

-Felismerik-e a napi gyakorlatban a regulációs zavarhoz társuló problémákat, nehézségeket?

A 132 válaszadó több, mint 80%-a felismerte, hogy az alvászavar és az etetési nehézség a regulációs zavarok közé tartozik. A válaszadók több, mint 70%-a pedig felismerte azt, hogy a szoptatási probléma és az excesszív sírás szintén a regulációs zavarok közé tartozik.

Összességében elmondható, hogy a válaszadó védőnők több mint 50%-a, felismeri és tisztában van vele, melyek azok a viselkedéses problémák, amelyeket regulációs zavarokként említünk.

A kérdőívből az is kiderül, hogy a védőnők közel 60 százaléka talált megoldást regulációs problémára. Megvizsgáltam azt is, hogy azok a védőnők, akik már

hosszabb ideje dolgoznak a szakmában, hatékonyabban ismerik-e el fel a regulációs problémákat. Szignifikancia látható, a több mint 20 éve pályán levő védőnők probléma felismerésének körében.

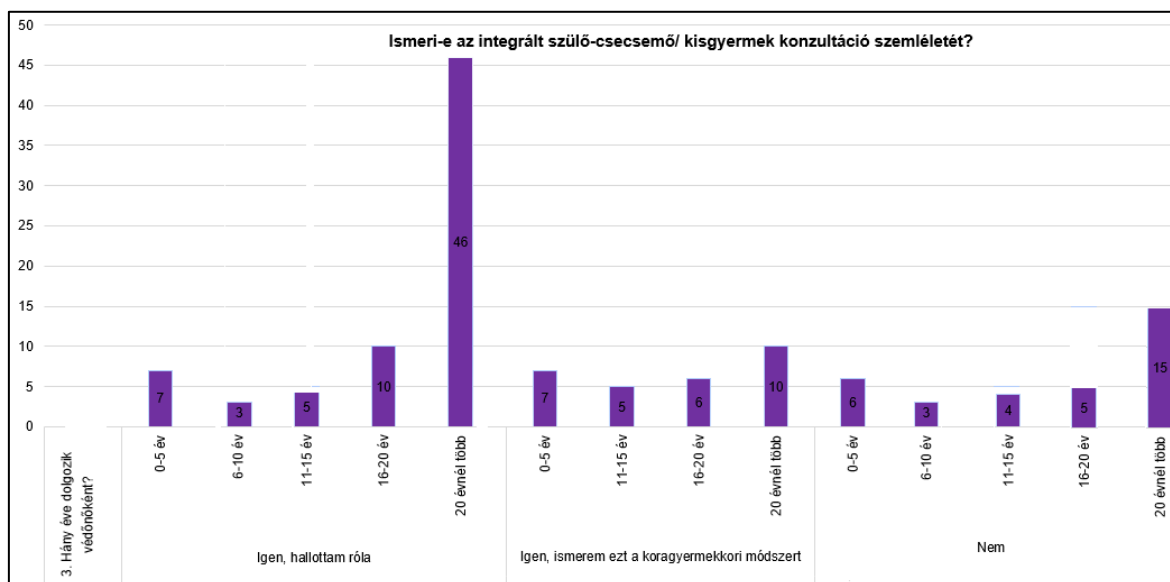
-Szükségesnek érzik-e a regulációs zavarok felismeréséhez szükséges tudás megszerzését?

A kérdőívből kiderült, hogy a válaszadó védőnők közel 90 %-a érzi szükségesnek, a regulációs zavarokkal kapcsolatos ismeretek bővítését, ezzel is alátámasztva a hipotézisemet, hogy szükséges a védőnők ilyen irányú képzése.

-Változik-e a védőnői gondozás hatékonysága az ISZCSK képzettség megszerzésének függvényében?

A kérdőív kielemezése során többek között összehasonlítottam azt, hogy a válaszadó védőnők pályán eltöltött évei, hogy viszonyulnak az integrált szülő-csecsemő konzultáció szemléletének ismeretével.

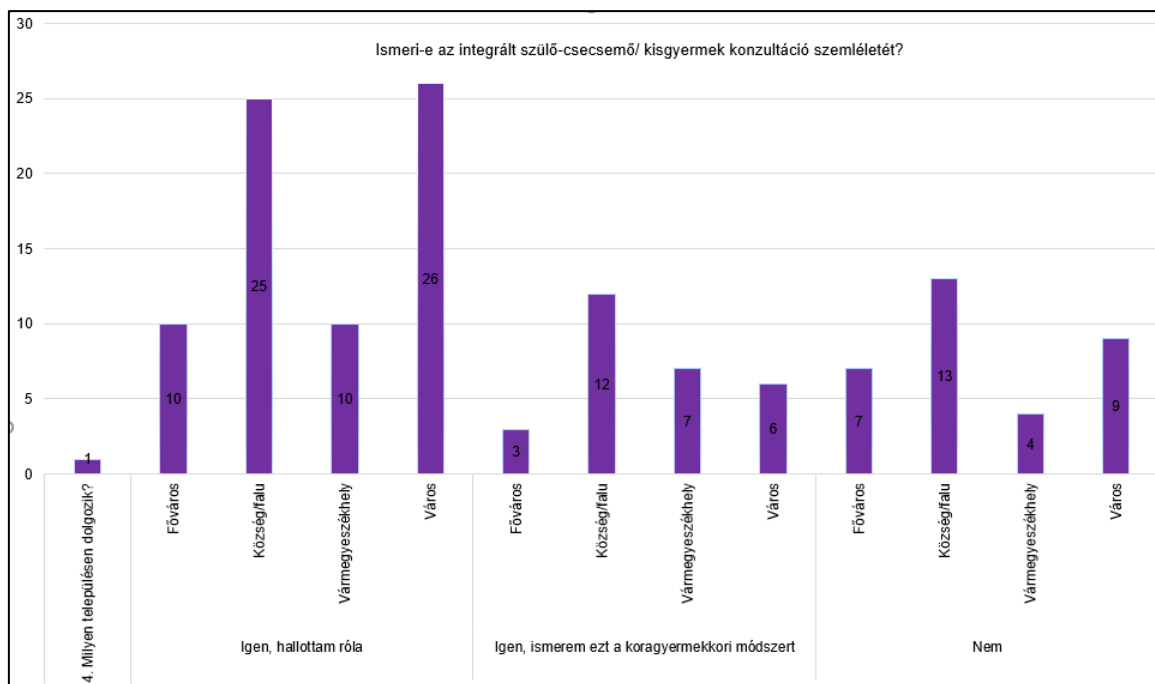
A 2. táblázatban látszik, hogy a több, mint 20 éve védőnőként dolgozó válaszadók, közel fele, azaz 56 védőnő ismeri és hallott a módszerről.



2.táblázat

Vizsgáltam azt is, hogy a védőnői körzetek földrajzi elhelyezkedése, összefügg-e az ISZCSK módszer ismeretével.

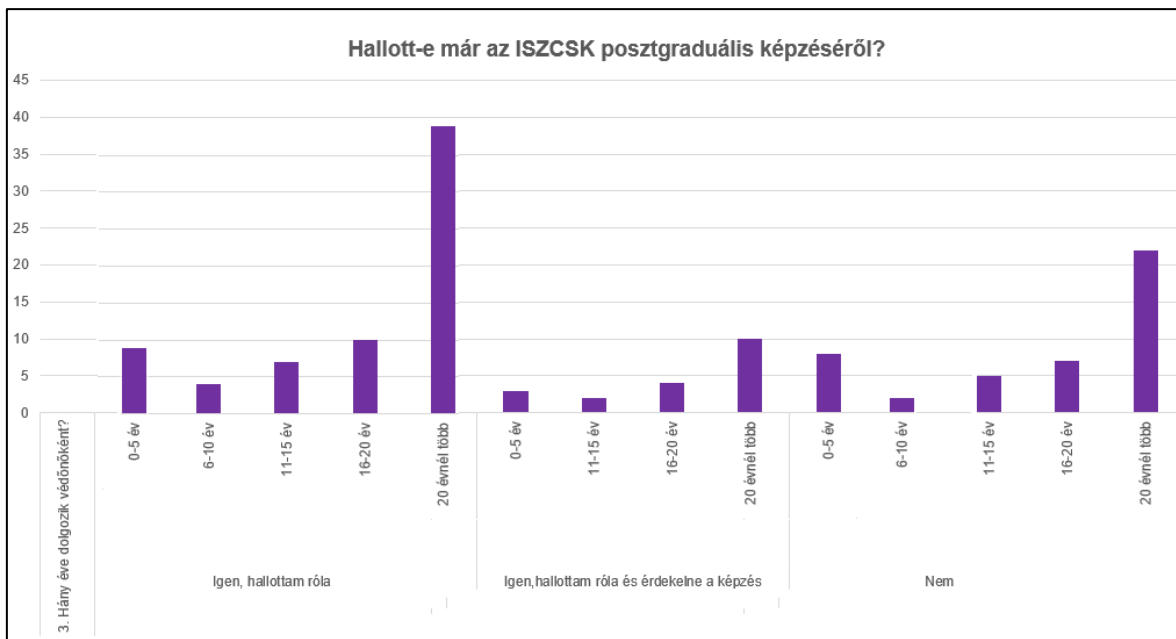
A 3.táblázatban látszik, hogy kisebb városokban, illetve községekben dolgozó védőnők többen jelölték azt, hogy hallottak róla és ismerik a módszert.



3.táblázat

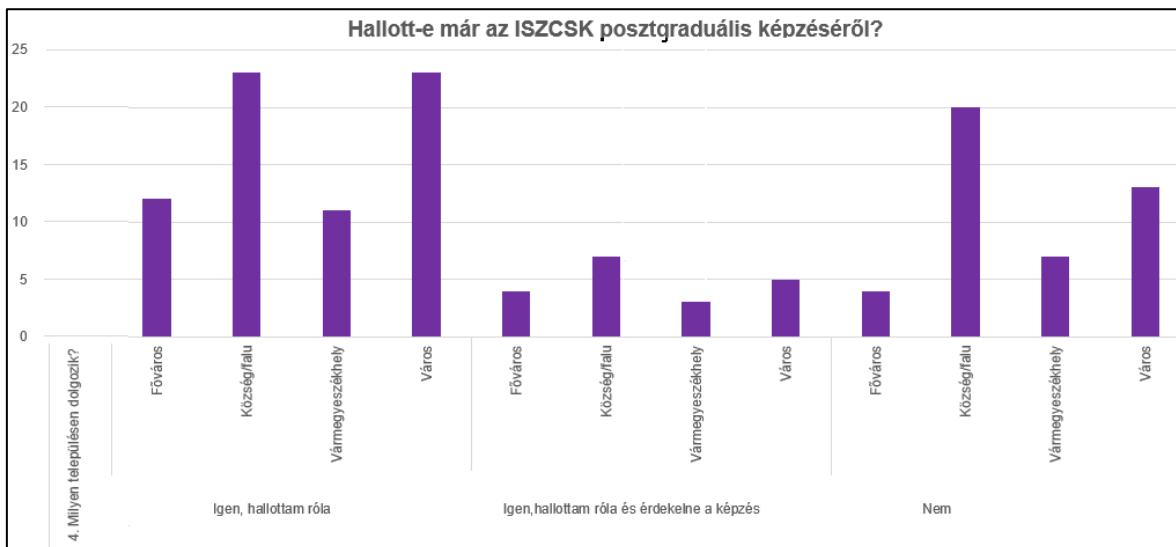
A következő szempont, amit vizsgáltam, hogy kik azok a védőnők, akik ismerik az ISZCSK posztgraduális képzést. Kíváncsi voltam, hogy van-e összefüggés, a munkavégzés helye, illetve a pályán eltöltött évek száma szerint.

A 4. táblázatban az látszik, hogy a 20 évnél régebben a védőnői pályán lévő védőnők, többen ismerik a képzést, mint azok, akik kevesebb időt töltöttek a védőnői hivatásban. Szintén a több évtizedes tapasztalattal bíró védőnők többsége jelölte azt a választ, hogy érdekli az ISZCSK képzés.



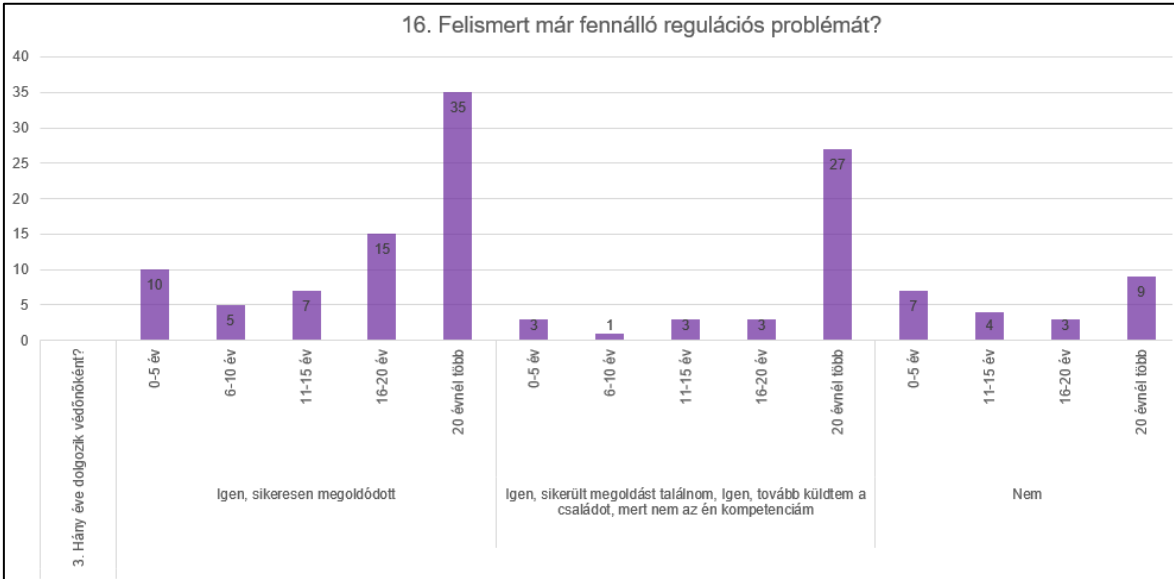
4.táblázat

Az 5. táblázatban látható a kisvárosban és községben dolgozó védőnk nagyobb számban ismerik a képzést, mint a fővárosban vagy megyeszékhelyen dolgozók. Ez azért érdekes, mert a képzési helyek Budapesten vannak. Viszont, akik azt választották, hogy nem ismerik a képzést, ott legkevesebben a fővárosból voltak.



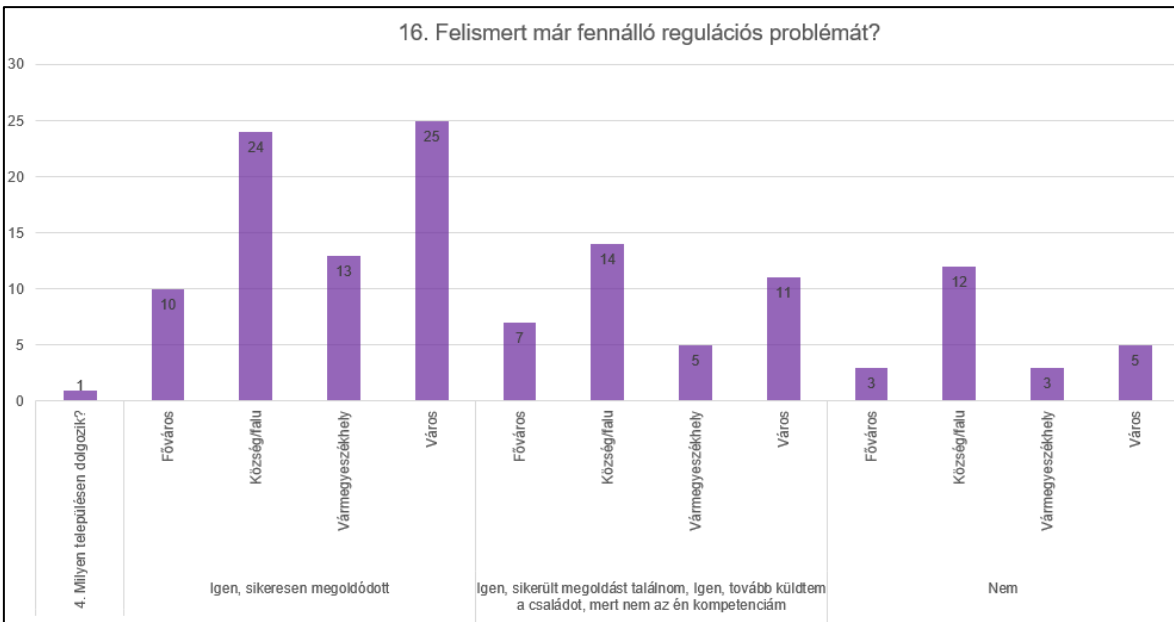
5.táblázat

A 16. kérdést megvizsgáltam olyan szempontból is, hogy a régebben dolgozó védőnők jobban felismerik-e a regulációs problémákat. A 6. táblázatban látható, hogy a több mint 20 éve a pályán levő védőnők, láthatóan nagyobb arányban fedezték fel a regulációs problémákat.



6.táblázat

A 7. táblázatban az ellátott körzet földrajzi elhelyezkedését és a felismert regulációs esetek számát hasonlítottam össze. A 132 válaszadóból, 49 olyan védőnő ismert fel regulációs zavart, akik kisvárosban vagy faluban /községben dolgoznak.



7.táblázat

5.2 Interjú elemzése

Utolsó kutatási kérdésekre az interjú elemzése után kaptam választ.

-Változik-e a védőnői gondozás hatékonysága az ISZCSK képzettség megszerzésének függvényében?

A vizsgálatom során megállapítható, hogy az interjú kérdéseire adott válaszok a három nagy témakörre vonatkozóan eltérő módon támasztották alá hipotézisemet.

Az első kérdésre adott válaszok, hogy miért jelentkeztek az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzulensi képzésre, mind az 5 védőnőnél okként felsorolásra került, hogy a meglévő ismereteiket szerették volna bővíteni, mert a védőnői alapképzésben kevés pszichológiai tudást kaptak, és úgy érezték, hogy csak egészségügyi, szomatikus vonalon kaptak ismeretet. A mai modern védőnői gondozás elengedhetetlen része, a holisztikus szemlélet, a testi-lelki-szellemi rendszerben való gondolkodás.

A képzésre való jelentkezést 2 védőnő még okként jelölte meg, az atipikus fejlődésű gyermeke miatti, saját anyaságában megtapasztalt frusztrációt.

A második kérdésem az volt az interjú alanyokhoz, hogy a képzés alatt kaptak-e olyan új ismeretet, ami megerősítette őket abban, hogy jól döntöttek, amiért erre a posztgraduális képzésre jelentkeztek. 5 védőnőből 3-nak a kötődés elmélet volt újdonság.

2 védőnő a szupervíziós gyakorlati órákat tartotta novumnak. Mind az 5 védőnő elmondta, hogy a képzés során elsajátított egy új anamnézis felvételi technikát és megtanulta, hogy a gondozottal együtt kell gondolkodni, nem kell az édesanya helyett ösztönösen a problémát megoldani.

A 3. kérdésem az volt a védőnők felé, hogy meséljenek el olyan regulációs problémájú eseteket, amelyeket már az új tudásuk birtokában hatékonyan meg tudtak oldani.

Mind az 5 védőnő elmondta, hogy sokkal kevesebb aggódó telefont kapnak a gondozottaktól, mióta más szemlélettel fordulnak a családokhoz. Mindannyian már a várandósság alatt felkészítik a leendő szülőket azokra a nehézségekre, amelyek előfordulhatnak egy kis csecsemő gondozása-nevelése során. A szülők így tudatosabban készülhetnek a fellépő problémák megoldására. 3 védőnő már meg tudta oldani az új képzettségének köszönhetően, a gondozott családoknál fellépő regulációs problémákat. 2 védőnő evés zavaros gyermek családjának segített, egy védőnő pedig egy nyugtalan, letehetetlen csecsemő édesanyjának segített megtalálni a megoldást. Mindannyian elmondták, hogy sokkal több időt szánnak a gondozottakkal történő beszélgetésekre és tudatosan figyelik a gondozási folyamatok alatt az anya-gyermek interakciókat.

Fontosnak tartotta mind az 5 védőnő, hogy az édesapa is edukálva legyen a kora gyermekkor sajátosságairól.

Hipotézisemet alátámasztotta az 5 megkérdezett védőnő látásmódja, holisztikus megközelítése a gondozottaknál megjelenő problémák megoldására. Az ISZCSK végzettség és regulációs zavarokkal kapcsolatos tudás nélkül a védőnők többsége, ritkán próbálja a felmerülő nehézségek lelki hátterét nézni, és csak a csecsemő/kisded problémáira koncentrálnak, nem nézi az anya-csecsemő/kisded diádot.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

A 108 éve működő Hungarikumnak minősített védőnői rendszer hosszú távon való fennmaradását és „túlélését” az állandó alkalmazkodás és a kor kihívásainak való folyamatos megfelelés jelentette.

A védőnői rendszer túlélése érdekében szükséges a már meglévő védőnői feladatok újragondolása. A kora gyermekkori lelki egészség támogatása biztosítja a harmonikus fejlődést, a kötődéseméleti kutatások pedig megvilágították, hogy az első életév(ek) során a csecsemő igényeit szem előtt tartó, számára biztonságot nyújtó szeretetkapcsolat teherbíróbbá teszi a gyermeket, a környezet megismerésére és tanulásra inspirálja, valamint erős hatással lehet a felnőttkori kapcsolódási mintáira.

A diplomamunkám első részében bemutattam a regulációs zavarok okait, tüneteit, kezelési lehetőségeit.

Kiemeltem fontosságát annak, hogy a csecsemőkori fel nem ismert és kezelt viselkedés szabályozási problémák, későbbi pszichogén megbetegedések előfutárai lehet.

A magas előfordulási (30-40%) arány miatt kiemelt fontosságú a védőnők regulációs zavarokkal kapcsolatos ismerete, képzése, továbbképzése.

Diplomamunkám 2. részében rámutattam arra, hogy azok a védőnők, akik rendelkeznek integrált szülő csecsemő konzulens képzéssel, más gondolkodásmóddal, megoldási stratégiákkal segítik azokat a családokat, ahol viselkedés szabályozási problémák tapasztalhatóak a gyermeküknél.

A magyar ellátórendszerben minden olyan szakterületen, ahol a csecsemők és kisgyerekek nagy része napi, heti rendszerességgel, vagy ritkábban, de kiszámíthatóan megjelenik, a regulációs zavarokkal kapcsolatos ismeretek elsajátítása minőségi ugrást jelentene az ellátásban. A házi gyermekorvosok és szakorvosok mellett a védőnők, azok a szakemberek, akiknek tudása a korai fejlődési és lelki egészség zavarokról kulcsfontosságú alapkompétencia kell, hogy legyen. E

kompetenciák része a természetes és egészséges fejlődés ismerete, a saját hatáskörben való preventív támogatás módszereinek alkalmazása, a problémák és zavarok észlelésének és a megfelelő szakemberhez való irányításnak a gyakorlata.

7. IRODALOMJEGYZÉK

Ainsworth, M. D. S. – Blehar, M. C. – Waters, E. – Wall, S. (1978): Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. (1982, 2nd ed.). Hogarth Press, London.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). The earliest relationship: Parents, infants, and the drama of early attachment. Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.

Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., O'Donnell, R. (1988). Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 535–540.

Cohen GM, Albertini LW: Colic. *Pediatr Rev* 2012; 33(7):332–334.

Cowie, H. (2013). Cyberbullying and its impact on young people's emotional health and well-being. *The Psychiatrist*, 37(5), 167–170. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.040840>

Csapóné Ferenczi, Sz., Csákvári, J., Kostyál, L. Á., & Kun, G. (2015). Zárókiadvány. A korai életszakaszban feltárt fejlődésbeli rendellenességek, lemaradások kezeléséhez szükséges hozzáférés javítása TÁMOP-5.2.6-13/1-2014-0001 kiemelt projekt. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

Dr. Danis, I., Dr. Scheuring, N., Dr. Papp, E., Dr. Németh, T., Prof. Dr. Szabó L: (2015) Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban. *Védőnők*(5) 11-13.

DeGangi DA, Breinbauer C, Roose velt JD, és mtsai. Prediction of childhoodproblemsatthreeyearsin Útravaló tudnivaló children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Mental Health Journal* 2000; 21(3):156-175.

Dornes, M. (2002). A kompetens csecsemő. Pont Kiadó, Budapest.

Eigner, B. (2013). A szülői stressz szerepe a korai anya-gyerek kapcsolatban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 61(1), 39–55.

Hámori E. A kötődés elmélet perspektívái- A klasszikusoktól napjainkig. Budapest: AnimulaKiadó,2015

Hédervári-Heller, É. (2020). Regulációs zavarok és kapcsolati nehézségek a csecsemő- és kisgyermekkorban – Elméleti és gyakorlati megközelítések. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (Szerk.) A kora gyermekori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődéstudományok és empirikus eredmények. Semmelweis Egyetem EKK Mentál higiéné Intézet, Budapest. 308–329

Hédervári-Heller Éva. (2008): A szülő–csecsemő konzultáció és terápia – A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban. Animula Kiadó, Budapest.

Hofacker and Lorenz, (2014): Predicting the secondary structure of an RNA sequence, defined as the set of all canonical base pairs (A-U, G-C, G-U, see Fig. 1A

Kereki, J., Major, Zs. (2014): Őrzők. Egészségügyi alapellátók gyakorlatközpontú kézikönyve Budapest, Országos Tisztiorvosi Hivatal ISBN 978 963 86922 9 4
<https://mek.oszk.hu/15800/15817/15817.pdf>

Lieberman, A. (2004): Traumatic stress and quality of attachment: reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 336–351.

Magyar kiadás: 2019; DC:0-5TM A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Papousek M, von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child Care Health Dev.* 1998 Sep;24(5):395-424. doi: 10.1046/j.1365-2214.2002.00091.x. PMID: 9728285.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Eds.) (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Hans Huber, Bern.

Reijneveld, S.A., Brugman, E., Hirasing, R.A.: Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics* 2001; 108(4): 893-897.

Stern, N. D. (1995): Az anyaság állapota. Animula, Budapest.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In Meisels, S. J., Shonkoff, J. P. (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press, Cambridge. 115–132.

Wessel, M.A., Cobb, J.C., Jackson, E.B., Harris, G.S., De Twiler, A.C: Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954; 14(5): 421-435.

Wolke, D., Rizzo, P., Woods, S.: Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 2002; 9(6):1054-1060.

Ziegler, M., Chuquisengo, R.W., Papousek, M: Excessive crying in infancy. In: Papousek M, Schieche M, Wurmser h, editors. *disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. Washington, dC: zero to three, 2008: 85-115.

Zero To Three (2016). DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. ZERO TO THREE Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – DC:0-5™ A csecsemő- és koragyermekkorai lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere. Medicina Könyvkiadó, Budapest.)