

Szántóné Sorompó Anett – Paraicz Éva

# A kórházi szociális munka jelentősége a beteg gyermekek ellátásában

## – A szülőkonzultáció

**E** tanulmány megírásával szeretném bemutatni a kórházi szociális munkában rejlő lehetőségeket, s vele a gyakorlati munkám során tapasztaltakat. Hangsúlyos szerepet szántam a családterápiás szemléletnek: szociális munkásként hamar rájöttem ugyanis, hogy csak akkor tudok hatékonyan segíteni a súlyosan sérült gyermekek családjainak, ha a bennük lejátszódó pszichológiai folyamatokat jobban megértem. (Ezért is tartom fontosnak a családterápiás képzéseket.)

A tanulmány nagy része többes szám első személyben íródott: ezzel kívántam érzékelteni a társszakmák közötti együttműködés jelentőségét és a szociális munka gyógyító teammel való együttműködésének fontosságát. A kórházi hierarchiában betöltött helyemnek és a főorvosomnak köszönhetően lehetőséget kaptam egy családkonzultációs protokoll kialakítására és a gyakorlatban történő alkalmazására. A protokoll talán legjelentősebb része az orvos-szülő konzultációnak egy segítő beszélgetésbe történő integrálása, amely az orvos és szociális munkás szoros együttműködésében valósul meg. A tanulmány megírásának módja önmagában is példa rá, hogy mennyire termékeny lehet egy jól működő kapcsolat az orvos és a szociális munkás közt. Dr. Paraicz Éva társszerzőként, az orvos szemszögéből nézve mondja el pozitív tapasztalatait a tanulmány legfontosabb üzeneteit illetően.

### A kórházi szociális munka helyzete Magyarországon

A kórházi szociális munka fiatal és még kiforratlan terület a magyar egészségügyi intézményekben, egyelőre még nem szerves része a

betegellátásnak. Ez sok esetben megnehezíti a klinikumban dolgozó szociális szakemberek integrálódását a gyógyító teambe. Nehéz meghatározni, hogy egyáltalán hova illeszthető be az a tudás, amivel gazdagítani, segíteni tudjuk a betegellátást. Sok kérdést vet fel a szociális munkások foglalkoztatása az egészségügyben: például ki biztosít szakmai felügyeletet munkájuk felett, ki és mikor dönti el, hogy egy adott probléma megoldásába bevonja-e a szociális szakembert, ki határozza meg a kompetenciákat és azok határait. A legnagyobb nehézséget talán az jelenti, hogy az esetek többségében a kórházak csupán egyetlen szociális munkást foglalkoztatnak, vagy ha többet, akkor azok külön telephelyeken, egymástól nagymértékben eltérő profilú osztályokon dolgoznak. Fogós kérdés, hogy a kórházon belül melyik szakmacsoportba tagozódhat be a szociális munkás, és ki legyen a közvetlen felettese, aki felelősséget vállal szakembere működéséért, reális elvárásokkal koordinálja és segíti munkáját.

Jelenleg országszerte elterjedt gyakorlat, hogy a szociális munkás az adott osztály vagy részleg főorvosa beosztottjaként dolgozik, esetleg az ápolási igazgató vezetése alá tartozik. Ennek hátránya, hogy valós szakmai vezetést nem tudnak számára a kórházak biztosítani, vagyis a szociális munkásnak saját magának kell meghatároznia szakmai kompetenciáit és működésének kereteit, az intézmény profiljaira tekintettel. Mint minden fiatal szakterületnek, a szociális munkának is időre van szüksége, hogy kiteljesedjen, és önálló professzióként megtalálja a helyét az egészségügyi intézményekben (Péterné Molnár Gizella, 2007.).

## Kórházi szociális munka a Magyarországi Református Egyház (MRE) Bethesda Gyermekkórházban

Tanulmányunkban többek közt arra szeretnénk ráirányítani a figyelmet, hogy léteznek olyan intézmények, ahol a szociális munka nagy elfogadottságnak örvend, és a kórház vezetőségének köszönhetően ki is teljesedhetett. Az MRE Bethesda Gyermekkórháza szakmai küldetése és alapelvei nagymértékben elősegítették a családok segítségéhez szükséges, ma már napi gyakorlattá vált protokollszerű ellátás kidolgozását, illetve annak gyakorlati alkalmazását.

A Bethesda Gyermekkórház több olyan profilnak ad otthont, melyek speciális hozzáállást és szemléletet igényelnek. Mindenekelőtt a rehabilitációs és mentálhigiénés osztályt emelném ki, amely kiemelten fontos a dolgozat szempontjából. A két osztály szorosan egymás mellett működik közös szakembergárdájával, multidiszciplináris gyakorlatával, ami a kórházakban nem megszokott sokszínűséget eredményez. A multidiszciplináris team léte szociális munkásként valószínűleg a legnagyobb lehetőséget jelenti a szakmai kompetenciák maximális kibontakoztatásában: ez a kiterjedt kompetenciákkal és rendkívüli tudásbázissal rendelkező háttér olyan biztonságot képes nyújtani, amely elengedhetetlen a tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos gyermeket nevelő családok segítségével. Egy szigorú hierarchiában működő kórházi vezetés mellett vagy egy homogén, kizárólag egészségügyi szakemberekből álló teamben nyilván sokkal nehezebben találhatja meg egy ilyen speciális szakma képviselője a helyét.

### Kiemelt Idegrendszeri és Égéssérült Gyermekeket Ellátó Rehabilitációs osztály

Rehabilitációs osztályunk országos központként a balesetben sérült és súlyos idegrendszeri sérült gyermekek komplex rehabilitációját hivatott ellátni. A koponyasérült gyermekek mellett intézményünk égéscentrumának mozgásszerveket is érintő, súlyosan égett betegeit is osztályunkon rehabilitáljuk.

A komplex rehabilitáció keretében az orvosi rehabilitáció mellett nagy hangsúlyt fektetünk a szociális, oktatási, foglalkoztatási, valamint a

rendszer- és családterápiás szemléletet alkalmazó családrehabilitációra is. Mindebben számos szakember vesz részt: a rehabilitációs folyamatot a kezelőorvos felügyeli, a rehabilitációs tervet a team bevonásával állítja össze. A különböző szakemberek megkomponált együttműködése elengedhetetlen a folyamat során. Fontosnak tartom a megkomponált szó használatát, mivel mindez valóban hasonlít egy zenekari mű előadásához, hiszen az orvos a rendelkezésére álló team tagjait mindig a kliens állapotának megfelelő időben vonja be, és munkájukat karmesterként hangolja össze (Kullmann Lajos, 2006).

Kik is a tartoznak a rehabilitációs teambe? Rehabilitációs szakorvosok, belgyógyász, neurológus, pszichiáter, szakápolók, neuropszichológus, klinikai szakpszichológus, gyógytornász, ergoterapeuta, logopédus, gyógypedagógus, családterapeuta, mediátor, dietetikus, szociális munkás, valamint a beteg családja.

### A család mint a rehabilitációs rendszer tagja

Tény, hogy a család a legfontosabb húzóerő, ha egy gyermek rehabilitációjáról beszélünk. Tapasztalataink azt mutatják, hogy azok a gyermekek gyógyulnak a legjobb eredménnyel, akik mellett a rehabilitációs team tagjaként a szülők is aktívan részt vesznek a terápiában. Ez persze nem újdonság, de ha egy kicsit mélyebbre ásunk, jól látjuk, hogy mindez nem is annyira egyszerű. Ritkán tapasztaljuk, hogy a szülők szívesen csatlakoznak a terápiás folyamatba. Gyakran találkozunk ellenállással, hárítással vagy csak látszat-együttműködéssel. Szélsőséges esetekben az sem kizárt, hogy a szülő állapota, hozzáállása válik egyedüli gátló tényezőjévé a gyermek rehabilitációjának (Komlósi Piroska, 1997). A terapeuták, a nővérek, illetve a szülők közti konfliktusok elmélyülésével, a bizalom megrendülésével a szülők sokszor hoznak rossz döntéseket (például idő előtt visszaviszik az iskolába gyermeküket, vagy nem az ajánlott, adekvát terápiákat választják.)

Ami korábban szembetűnő volt, hogy a „problémásabb” (indultatos, mindennel elégedetlen) családok a kezelés hónapjai során szinte mindenkiel összetűzésbe kerültek, kivéve a szociális munkást, aki nem a közvetlen gyógyításban,

hanem a külvilággal való kapcsolatuk egyengetésében vállalt részt. Így egyre gyakoribbá vált, hogy a gyógyító személyzet és a család közti konfliktus rendezésébe a szociális munkást is bevonták. Amikor tudatosult bennünk, hogy az általam hosszan gondozott családok sokkal együttműködőbbek a többinél, elkezdtek feltárni ennek okait.

Először azt néztük meg, hogy az osztályon megforduló betegek közül hány családdal kellett felvennem a kapcsolatot. Kiderült, hogy szinte mindegyikkel. Következő lépésben azt vizsgáltuk meg, hogy milyen segítői beavatkozások történtek náluk. Majd kliensről kliensre haladva azt próbáltuk kideríteni, vajon mi a közös pont bennük. Sorra vettük azokat a családokat, akikkel problémáik súlyossága miatt hosszan dolgoztam együtt. A következő szempontokat vettük figyelembe:

- milyen fajta sérüléssel kerültek be a gyerekek intézményünkbe
- milyen mértékű volt az adott sérülés
- melyek voltak a gyermek sérülésének konkrét körülményei
- milyen hosszú volt a gyermekkorházban való tartózkodás időtartama, illetve
- milyen a szülők családi állapota és
- egzisztenciális helyzete.

Meglepetéssel tapasztaltuk, hogy a nagyjából homogénnek tekinthető csoporton belül csupán a rossz szociális helyzetben lévő családok hozzáállása, viselkedése tért el jelentősen a többiekétől. Ám még ennél is meglepőbb volt számunkra, hogy a rosszabb szociális helyzetű családok jóval együttműködőbbnek bizonyultak, mint a jól szituáltak. Jelentős eltérést tapasztaltunk a sokproblémás (mélyszegénység, munkanélküliség, egyedülálló szülő, stb.) családoknál is. Esetükben alig-alig lehetett érzékelni a gyógyító teammel szembeni ellenállást. Általában jó viszonyt alakítottak ki a többi szülővel, és jóval alkalmazkodóbbnak bizonyultak a többi családnál. A gyógyító csapat azt tapasztalta, hogy az ilyen szülők gyermekei jobban fejlődnek, mint az alapvetően jó szociális háttérrel rendelkező, azonban „akadémizáló” szülők gyermekei. Ezek a családok nagyon otthonosan mozogtak osztályunkon, sokszor szinte baráti viszonyt alakítottak ki a terapeutákkal és a nővérekkel. Szívesen tanulták meg a gyermek körüli ápolási feladatokat, és nyíltan

bevallották, ha elfáradtak vagy ha konfliktusba keveredtek valamelyik terapeutával, nővérral. Mindennek pszichés okait, szociológiai hátterét mélyebben nem tekintettük át. Felmerülő kérdéseinkre azt a választ találtuk, hogy valószínűleg kiszolgáltatottságuk, nehéz helyzetük miatt elfogadóbbak, hiszen szűkös anyagi helyzetük miatt csak az OEP által finanszírozott terápiákat és intézményeket vehetik igénybe.

Visszatérve az előző felismeréshez, hogy a sokproblémás családok vajon miért együttműködőbbek a többi családnál, arra a következtetésre jutottunk, hogy a problémák számossága miatt (lakáskörülmények, szociális támogatás, gyógyászati segédeszközök igénylése stb. elintézésében nyújtott segítség) jóval több időt szánunk rájuk, ami közrejátsszik a bizalom kiépülésében.

A találkozások száma kétszerese, mint a jobb helyzetben lévő családoknál, és a segítség folyamata is jóval strukturáltabb. Gyakrabban vonunk be mentálhigiénés szakembert, és a kezelőorvos is több időt kell szánjon rájuk edukatív céllal. Szinte minden esetben felvesszük külső intézményekkel a kapcsolatot, hogy elősegítsük a család helyzetének területen történő rendezését (gyermekjóléti szolgálat, családsegítő, önkormányzat, védőnő stb.). Arra a következtetésre jutottunk, hogy a szociális munkással kialakult bizalmi kapcsolat nagymértékben csökkenti a szülők frusztrációit, szorongását, és szívesen elfogadják a felajánlott terápiás segítséget is (pszichológus, családterapeuta). A bizalom azzal is magyarázható, hogy a szociális munkás az egyetlen szakember, aki nem a gyermek gyógyításával, hanem a szülőkkel foglalkozik: ő az, aki azonnali és kézzelfogható segítséget nyújt (segélyek, szociális ellátások), azaz biztonságot jelent. Míg a gyermek körüli gyógyító személyek és az ellátó osztályok gyakran változnak, a kórház szociális munkásának személye állandó.

Azt tapasztaltuk, hogy a megérkezéstől a hazabocsátásig szinte minden esetben ugyanazon az állapotváltozásokon mennek keresztül a családok. Megfigyeltük, hogy a bent fekvés ideje alatt a szülők pszichés állapota, együttműködési készsége időszakonként változó, és ebben valamennyi szülő hasonlóságokat mutat. Ennél a felismerésünkönél azt feltételeztük, hogy a gyógyászati folyamatoknak megfelelően változik viselkedésük, hiszen el kell gyászolniuk egészséges gyermekük

képét, terveiket, álmaikat, és el kell fogadniuk gyermekük új állapotát (Kálmán Zsófia, 2004). Feltételezésünk helyénvaló azzal a kiegészítéssel, hogy nemcsak a gyász áll a háttérben, hanem a kórházi hosszas benntartózkodással való megküzdés is. Azt tapasztaltuk, hogy a bekerüléstől a hazatérésig öt jól elkülönülő szakasz figyelhető meg. Olyan szülőkkel dolgozunk, akik súlyos krízist éltek-élnek meg, és kómas gyermekük mellett hónapokat virrasztanak egy nem túl kényelmes kórterem fotelágyán. Családjuktól távol, a barátaiktól elszigetelve. Nagyon gyakori, hogy a balesetben, amelyben gyermekük sérült, elveszítették valamelyik hozzátartozójukat, akit még elgyászolni sem volt idejük. Mielőtt kitérnék az öt szakasz bemutatására, fontosnak tartom a gyerekek kórházi kezelésének időtartamát áttekinteni.

A 2013. évi távozási adatokból kiderül, hogy a koponyasérült gyermekek és családjaik milyen hihetetlenül sokáig kénytelenek kórházi kezelést igénybe venni, és a családjuktól, otthonuktól távol élni:

- 33 főre jut összesen 7085 ápolási nap
- minimum ápolási napok száma egy gyermek esetében: 34 ápolási nap
- maximum ápolási napok száma egy gyermek esetében: 664 ápolási nap
- átlagosan: 221,6 ápolási nap!

Bármennyire megdöbbenő is, az átlagosan 221,6 ápolási nap az esetek többségében egyénekre lebontva is megfelel a valóságnak. Rehabilitációs osztályunkon nagyon ritka, hogy a gyerekek csak pár hetet töltenek bent.

## **A beteg gyerekek szüleinél megfigyelt érzelmi/indulati változások szakaszai**

### **1. Megérkezés a rehabilitációs osztályra**

A gyerekek az esetek többségében intenzív osztályokról érkeznek rehabilitációra rossz egészségi állapotban. Többségük kómában van, vagy minimális tudatállapottal rendelkezik. Ezeknél a gyerekeknél gyakori, hogy eltávolították valamely koponyacsontjukat, gégekanüljük van, szájon keresztül nem táplálhatók.

A szülők súlyos krízisállapotában érkeznek, nem érzik nálunk biztonságban gyermeküket, hiszen egy intenzív osztályhoz képest, ahol számta-

lan gép figyeli életjeleit és állapotát, a rehabilitációs osztályon „csak” a nővér észlelheti a negatív irányú változásokat. Az első szakaszban sokszor tapasztaljuk, hogy a szülők beszűkült tudatállapotban vannak, és csak nagyon kevés információt képesek befogadni (Szabó Lajos, 2008).

### **2. Integrációs szakasz**

Ebben az időszakban a szülők megismerik az osztály működését, a gyermekükkel foglalkozó szakemberek többségét, és megtapasztalják a rehabilitációs osztály működésének előnyeit és hátrányait.

### **3. Idealizációs szakasz**

Ebben a szakaszban mindent nagyon jónak és tökéletesnek látnak a szülők, terapeutáikat és a rehabilitáció egészét magasztalják. Együttműködnek, és szó nélkül mindent végrehajtanak.

### **4. A kiábrándulás szakasza**

Ebben a szakaszban kezdődnek a konfliktusok: a szülők sokszor szállnak vitába a terapeutákkal, és gyakran előfordul, hogy bizonyos ápolási feladatokat vagy terápiákat felülírnak. Nem ritka a követelés és a fenyegetőzés. Gyakran tapasztaljuk, hogy a szülők folyamatosan azt figyelik, hogy a többi gyermekkel hogyan bánnak a terapeuták, és a többi gyermek hol tart az övékéhez képest. Szinte semmivel nem elégedettek, gyakran türelmetlenek gyermekükkel is. Folyamatos konfliktusokat generálnak, mind a terapeuták, mind a nővérek közt. Nem ritka ebben a szakaszban, hogy elmagányosodnak, szülőtársukkal nem kommunikálnak, a terapeutáktól is elzárkóznak.

### **5. A beletörődés és megbékélés szakasza**

Ez a szakasz a valódi együttműködés szakasza. A szülők és a gyermek, ha állapota és a képességei megengedik, a terapeutákkal együttműködve partnerként dolgoznak. A szülők látják gyermekük szükségleteit, valós igényeit, és ennek megfelelően is cselekszenek. A csapatok pozitív és negatív tulajdonságait is reáli-

san látják, és a lehető legtöbbet szeretnék hasznosítani a rehabilitáción töltött időből. Ennél a szakasznál gyakran megjelenik az intézménytől való leválás okozta félelem, ami sokszor olyan mértékű, hogy hátráltatja a gyermek hazaadását.

A mentálhigiénés team segítségével a fent leírtak alapján kialakítottunk egy, az egész kórházban alkalmazható családkonzultációs protokollt. A protokoll létrehozásában nagy szerepet játszott a mentálhigiénés részleg szemléleti nyitottsága.<sup>1</sup> Pszichiáterek, pszichológusok, családterapeuták segítségével közösen tártuk fel a megfigyelt folyamatok mögött meghúzódó okokat, és ennek megfelelően megkezdhattuk a protokoll elkészítését, majd szoros szakmai szupervízió mellett gyakorlati alkalmazását.<sup>2</sup>

### **A protokoll kialakításának szempontjai, beavatkozási szintek**

Kiindulási pontként összegyűjtöttük azokat a pozitív tapasztalatokat, amelyek nagymértékben hozzájárultak a családok jó pszichés állapotának kialakulásához, és segítséget jelentettek a konfliktusok csökkentésében, megoldásában. Az összegyűjtött segítői intervenciókat, módszereket, a rendelkezésünkre álló erőforrásokat, eszköztárat, a segítség menetét és idejét a felsorolt öt szakaszban megjelenő problémák és nehézségek határozták meg. Ebből következően a szakemberek bevonása is e logika alapján alakult. Az állandóság ekvivalens a biztonsággal, ami feltétlenül szükséges a bizalom kiépüléséhez, ennek megfelelően szükséges egy „esetgazdát” kijelölni, aki folyamatosságot jelent a családok életében. A szociális munkás kompetenciái elegendőek ennek a tisztségnek betöltésére, ezért a sokrétű problémákkal küzdő családokat a bekezdéstől a hazaadásig szociális munkás kíséri.

### **Családkonzultációs protokoll**

#### ***Előkészítő szakasz, kapcsolatfelvétel***

Az intenzív osztályon a rehabilitációs főorvos a vizsgálatok után közli a szülőkkel, hogy a szociális munkás a segítségükre lesz sok mindenben, ezzel felkészítve a családot az első találkozásra. A gyermekek intézménybe érkezését követő egy-két napon belül felveszem a kapcsolatot a családdal.

#### ***Első találkozás (krízisintervenció)***

Kapcsolatfelvétel előtt tájékozódok a gyermek állapotáról, s az intenzív osztályon dolgozó orvosoktól, nővérektől a szülő lelki állapotáról is. Az első találkozáskor fontos, hogy ne rohanjunk le a szülőt, nyugalmat és biztonságot sugározzunk, kérdéseinkkel ne terheljük túl. A családot röviden tájékoztatom, milyen jellegű segítséget tudok nyújtani nekik, majd felveszem az adataikat a szükséges szociális ellátások elindítása érdekében. A szülő állapotától függ, hogy az első alkalommal milyen jellegű és mennyiségű információt adok át. Az első találkozást követő napokban ismét felkeresem a családot egy előre egyeztetett időpontban (Szabó Lajos, 2008).

#### ***Második találkozás (krízisintervenció)***

Tájékoztatom a szülőt a gyermek egészségi állapotához kötött szociális ellátásokról – az elhangzottakról a szülő kap egy előre összeállított dokumentumot. Megbeszéljük az osztályon folyó kezelési és életkörülményeket, végül a szülőkkel való közös munkánk célját és kereteit. Lehetőséget kapnak a felmerülő problémák, nehézségek megbeszélésére és előkészülünk az orvossal való szülőkonzultációra. Mivel az orvossal való kezdeti találkozásuk nagy izgalommal és szorongással jár, hisz a gyermekük sorsáról fognak hallani, gyakran tapasztalható, hogy ezeken a beszélgetéseken „lefagynak”, és nem tudják feltenni szorongató kérdéseiket. Erre felkészülhetnek, csökkentve a szorongásukat, ha otthon összeállítanak egy kérdéssort (Szabó Lajos, 2008).

#### ***Orvos-szülő konzultáció, integrációs szakasz***

Az orvos-szülő konzultációt intézményünkben az orvos a szociális munkás bevonásával végzi. Itt egy megtervezett segítő beszélgetésben vesznek részt a szülők. Az orvos és a szociális munkás egy olyan támogató légkört igyekeznek teremteni, ahol a szülő fel meri tenni kérdéseit. Az orvos felkészül a szociális munkástól hallott problémák megbeszélésére is. A konzultáción a szociális munkás legfontosabb feladata, hogy figyel és jelenlétével támogatja a szülőket. Figyel az elhangzottakra, a



szülők reakcióira, és ha szükséges, bátorítón beavatkozik. Gyakran tapasztalható, hogy egy rossz hír hallatán a szülők elakadnak, a jó híreket nem képesek meghallani, a nehézségektől megriadnak, sokszor bezárkóznak, beszűkült tudatállapotba kerülnek, és már képtelenek az együttműködésre. A szociális munkás feladata ezeket a helyzeteket oldani, kezelni, és különböző módszerek alkalmazásával egy jobb állapot kialakulását elősegíteni. Az orvos által mondottakat, a kezelés szempontjából fontos információkat gyakran át kell fogalmazni, konkrét példákkal megvilágítani, hogy a tartalmuk a szülőkhöz eljusson ebben a kétségbeesett állapotban is. A segítő beszélgetésnek ezek a módszerei empatisz hozzáállással egyszerűek és hatékonyan működnek. Gyakran alkalmazom a következőket: pozitív hírek „kihangosítása” és átfogalmazása („fordítás, tolmácsolás” az egészségügy nyelvéről a családi életére, a mindennapokéra). A látható megakadásoknál a visszakérdezés, a figyelem elterelése a rossz hírekről, nézőpontváltás, figyelemfelkeltés. Az érezhető elbizonytalanodás esetén a szülő működésében felismert pozitívumok megerősítése mellett fontos az orvos személyéhez kapcsolódó pozitívumokat is kiemelni (szakértelem, orvosi kompetenciák), ezzel elősegítve a bizalom kiépülését. Az első orvos-szülő konzultációs alkalom minimum egy órát vesz igénybe, amelyben lehetőség nyílik arra, hogy kitérjünk a szülők nehezen megfogalmazható kérdéseire, vagy alig elmondható aggodalmaira, hisz ezek egyébként falat építenének az orvos és a szülő közé. A konzultációnak köszönhetően a szülők úgy élik meg, hogy fontos szerepük van a gyermekük gyógyításában. Tapasztalataink azt mutatják, hogy a beszélgetés után a szülők megnyugszanak, jobban el tudják fogadni az orvosnak a kezelésre vonatkozó döntéseit, és jóval együttműködőbbé válnak. Mielőtt elkezdjük a családkonzultációs módszer alkalmazását osztályunkon, sokkal több volt a kveruláns, ellenálló szülő.

### ***Harmadik szakasz, az idealizációs időszak***

A szülők általában a kórházi benntartózkodás félidejében fáradnak ki, függetlenül annak hosszától. Ebben a szakaszban sokat dolgozunk együtt a családdal. Nagyon fontos, hogy időben észlelni tudjuk a negatív változásokat. Mint fentebb említ-

tettük, akár hónapokat is benn tölthetnek intézményünkben, ami önmagában is megterhelő, s ezért is fontos a gyakorlati segítségnyújtáson túl a segítő beszélgetések rendszeres beiktatása. A szülőt fel kell hatalmaznunk igényei kinyilvánítására, még akkor is, ha azoknak maradéktalanul eleget tenni nem is tudunk. A segítő csak akkor tud segíteni, ha kliense fel meri vállalni nehézségeit. Számtalan esetben látjuk, hogy a szülők még az alapszükségleteiket is háttérbe szorítják (alvás, evés, tisztálkodás, házasélet), vágyaikat önzésnek élik meg, emiatt elnyomják, ami hosszútávon komoly problémákhoz, az anyák intoleráns, exhauszív vagy depresszív állapotához is vezethet (Kálmán Zsófia, 2004). A segítőnek feladata a szülő büntudatának csökkentése, értelmetlen ön-feláldozásának megakadályozása. Az edukáció sokat segít a szülőknek abban, hogy bizonyos kérdésekben (pl. hogy időszakonként haza kell menniük pihenni, s a gyermeküket az ápolókra bízni) rugalmasabbá váljanak. Sokat segít, ha megértik azokat a lélektani folyamatokat, amiken keresztül mennek. Ezek a konzultációs beszélgetések annyi szorongást, büntudatot, feszültséget tudnak felszabadítani, hogy a szakember iránt egyre nagyobb igény és ragaszkodás alakul ki bennük. Érdekes és nem ritka tapasztalat, hogy a szülő, aki a mindennapokban alig foglalkozik külső megjelenésével, a segítő beszélgetéseken, családterápiás alkalmakon csinosan jelenik meg. Ez a pozitív viszonyulás áterjed a gyógyító és ápoló személyzetre, s kezdik megélni, hogy a nővérek is milyen fontosak, hiszen minden esetben ők észlelik elsőként a változásokat. Az idealizálás lelki folyamata segít abban, hogy a saját gyengeségük ellensúlyozására a felértékelt szakemberekben biztonságot élhessenek át. Ez azonban csak ideig-óráig működik, s a bizalom megrendülése miatt az érzések és indulatok ilyenkor az ellenkezőjükbe csapnak át.

### ***Negyedik szakasz, a kiábrándulás***

Egyszer csak kezdenek „hajszálrepedések” megjelenni, s a nagyon jóból hirtelen nagyon rossz lesz: az addig jónak tartott szakemberekben hirtelen minden bizalom megrendül, amit agresszív indulatokkal közvetítenek. Ezt a gyógyítók érthető módon nehezen élik meg. A gondos segítő munka és a pozitív orvosi hozzáállás ellenére ebben a szakaszban rendszeresen találkozunk nehézségekkel. A jelenség egyik oka, hogy akkora terhet cipelnek a családok,

amit segítség nélkül nem bírnak el. Ebben a szakaszban gyakran vonunk be pszichológust, esetenként pszichiátert, és nem ritka, hogy szükség van családterapeuta bevonására is. A gyógyítók és a család közötti konfliktusokat néha mediációs módszerekkel próbáljuk oldani, és gyakran sikerül – a team folyamatos szupervíziójával – még a kialakulásuk kezdetén rendezni. Ez az időszak nagyon megterheli a terapeutákat, orvosokat, emiatt fontos, hogy ők is lehetőséget kapjanak nehézségeik feldolgozására. A szülők viselkedésének háttérben húzódó okok megvilágításával, szupervízióval elkerülhetjük a terapeuták ellenérzéseinek kialakulását. A családok az előre kiépített bizalmi viszonyoknak köszönhetően szívesen fogadják a segítséget, és így sikerül átvészelnünk ezt a nehéz időszakot. Az orvos-szülő konzultáció ebben a szakaszban elengedhetetlen.

### ***Ötödik szakasz, a tudomásulvétel és megbékélés***

A szülővel ebben a szakaszban partnerként dolgozunk, ami többnyire a gyermek hazaadása körüli rengeteg ügyintézésről szól. A család egyre több feladatot kap, ami elősegíti kompetenciaérzésük fokozódását és az önsegítő mechanizmusok beindítását. Fontos, hogy finoman megkezdjük az intézményről való leválasztásukat, amit hosszabb-rövidebb hazaadásokkal segítünk elő. Alapelvünk a fokozatosság. Az ötödik szakasz végén a gyermeket végleg hazabocsátjuk, amit egy záró konzultáció előz meg, ahol a gyermekkel foglalkozó szakemberek többsége is jelen van. A szülőknek nem könnyű elengedni a kórház adta biztonságot, s felvállalni az otthoni gondozás teljes terhét és felelősségét. Ezért biztosítjuk őket arról, hogy bármikor fordulhatnak hozzánk mint háttérintézményhez segítségért. Ez a búcsúalkalom fontos lezárása a hosszú hónapoknak és egy nehéz élethelyzetnek.

### ***Utógondozás: van élet a kórházon kívül***

A családok megtapasztalják, hogy a kórház elhagyása nem azt jelenti, hogy meg kell szakítaniuk velünk minden kapcsolatot. Ennek tudatában megnyugszanak, és megkezdik mindennapi életük újrastrukturálását. Időnként jelet adnak magukról, gondolataikról, illetve kontrollra jönnek az orvoshoz, és a szociális munkásnak is beszámolnak „sikereikről”.

### **Összegzés**

A fent ismertetett protokollt hat éve alkalmazzuk rehabilitációs osztályunkon. Tapasztalataink alapján bátran kimondhatjuk, hogy a család-konzultációs protokoll jól alkalmazható olyan profilú osztályokon, ahol hosszan elhúzódik a gyermekek kezelése. E protokollt immár két éve intenzív osztályunkon és égéssérült gyermekeket ellátó intenzív osztályunkon is rendszeresen alkalmazzuk. Jótékony hatásait már a korai fázisban megtapasztaltuk. A pozitív változások nemcsak a családok életét könnyítették meg, hanem a gyógyító teamét is. A protokoll alkalmazása többek között ahhoz a felismeréshez segített hozzá bennünket, hogy az egészségügyben dolgozó szakemberek milyen keveset tudnak a pszichológiai folyamatokról, mennyire nem ismerik a krízis okozta állapotot, és azt sem, hogy a segítő kapcsolatban miért erősödhetnek fel mindkét félben a realitástól távoli indulatok, érzelmek, amit a pszichoanalízis áttételnek, illetve viszont-áttételnek nevez (Barcy Magdolna, 2007). Érthető, hogy az általunk idealizációs szakasznak nevezett állapot után a kiábrándulás szakasza megviseli őket. A szülők ellenállása, folyamatos elégedetlensége, kritikája érthetetlennek tűnik, amit azonban a szupervízió segíthet feldolgozni. Miután a családban lezajló folyamatok világossá váltak a team tagjai számára, a felmerülő konfliktusos helyzeteket sokkal hatékonyabban lehetett kezelni. A terapeutákban (orvosok, gyógytornászok, ergoterapeuták, logopédusok, ápolók) vágy ébredt arra, hogy ezeket az ismereteket megszerezzék. Erre az igényre reagálva elindítottunk egy szupervízióval egybekötött belső továbbképzést.

### **Miért hatékony az orvos-szociális munkás-szülő közötti konzultációs kapcsolat?**

Az orvosok szempontjából nem elhanyagolható tény az orvos-szülő konzultációval kapcsolatban, hogy az időtakarékos, dacára annak, hogy legalább háromszor-négyszer egy órát rá kell szánnia a kezelőorvosnak. Ha azonban visszagondolunk az ápolási napok számára, akkor ez a három-négy óra aligha mondható soknak. Főorvosom véleménye szerint az időtakarékoság leginkább abban mutatkozik meg, hogy a konzultáció minden percét hasznos informá-

ciók megszerzésével és átadásával töltjük. A másik, amit külön kiemelt, hogy az orvost nem a folyosón, váratlanul érik a kérdések, amire nincsen felkészülve, hanem van ideje átgondolni, hogy mit szeretne megtudni a szülőtől, illetve milyen információkat kell átadnia neki. Mikor megkérdeztem, hogy mit jelent számára egy másik szakember jelenléte, az első, ami eszébe jutott, a kölcsönös tehervállás volt. Úgy gondolom, válasza nem igényel bővebb magyarázatot, és jól érzékelteti, hogy ezeken a beszélgetéseken mekkora teher van az orvoson. Továbbá kitért arra is, hogy a beszélgetésen nagyon nehéz mindenre egyszerre és egyedül figyelni, miközben még a saját érzelmeit is uralnia kell, főleg ha rossz hírt közöl. Fontosnak tartja, hogy egy segítő is bent legyen, aki néha átveszi a szót, időt adva gondolatai összeszedésére, továbbá biztonságot is jelent mind a szülő, mind az orvos számára. Szociális munkásként fontos, hogy bent legyenek ezeken a megbeszéléseken, hiszen így láthatom, hogy min mennek keresztül a szülők, és ennek megfelelően építhetem fel segítői munkámat.

Az orvos-szülő konzultáció jelentette talán a legnagyobb változást, hiszen Magyarországon nem bevett gyakorlat, hogy az orvos a segítő szakember jelenlétében tájékoztatja a szülőt. Ennek okairól több orvost is megkérdeztem. Válaszuk egyértelmű és szívmengető: „Mert eddig nem volt szociális munkás a közelükben”. Egyértelműen kiderült számomra a közös munka során, hogy az orvosok szívesen fogadnak minden olyan együttműködést, ami betegük érdekeit szolgálja. Főorvosom mint első fecske, igenis nyarat csinált: nem kellett más, csak egy jó példa és az ő pozitív hozzáállása, aminek köszönhetően a többi orvos nyitottá vált, s fokozatosan, kórház szerte szívesen fogadták a szociális munkás jelenlétét a gyógyító teambe.

## Jegyzetek

- 1 Dr. Hirsch Anikó főorvos, gyermekpszichiáter, pszichoterapeuta vezetésével.
- 2 Dr. Komlói Piroska vezető pszichológus, családterapeuta, szupervizor.

## Irodalom

Barcy Magdolna (2007): Az áttétel: A reális és az irreális szint a terápiában. In Rudas János szerk.: *Önismereti csoportok*. Animula Kiadó, Budapest.

Berg, Insoo Kim (1991): *Konzultáció sokproblémás családokkal*. Családterápiás sorozat, Animula Kiadó, Budapest.

Buda Béla (1994): Szociális munka az egészségügyben In Szociális munka az egészségügyben In Csató Zsuzsanna – Hegyesi Gábor szerk.: *Szociális munka és egészségügy*. Szociális munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest.

Komlói Piroska (1997): A család támogató és károsító hatása az egyénre. In Gerevich J. szerk.: *Közösségi mentálhigiénié*. Animula, 13–57. o.

Komlói Piroska – Hardy Júlia (2008): Családterápia és család Konzultáció a segítő intézményekben. In Feuer Mária: *A családsegítés elmélete és gyakorlata*. Akadémia Kiadó, Budapest. 97–113. o.

Hajduska Mariann (2008): *Krizislelektan*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Kálmán Zsófia (2004): *Bánatkő*. Sérült gyermek a családban. Bliss Alapítvány, Budapest.

Kullmann Lajos (2006): Az orvosi rehabilitáció sajátosságai In Huszár Ilona – Kullmann Lajos – Tringer László szerk.: *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Péterné Molnár Gizella (2007): *A kórházi szociális munka működési keretfeltételei*. In *Esély* 2007/5.

Szabó Lajos (2008): Krízisintervenció a szociális eszmunkában. In Feuer Mária szerk.: *A családsegítés elmélete és gyakorlata*. Akadémia Kiadó, Budapest. 420–430. o.

Szabó Lajos (1994): Kórházi szociális munka. In Szociális munka az egészségügyben In Csató Zsuzsanna – Hegyesi Gábor szerk.: *Szociális munka és egészségügy*. Szociális munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest.