

# ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMÉNEK TUDOMÁNYA

V. évfolyam 1. szám – 2026.



Magyar Védőnők  
Szakmai Szövetsége  
MVSZS

The History, Roles, and Social Significance of the Hungarian Health Visitor (Védőnő) System  
*A magyar védőnői rendszer története, szerepe és társadalmi jelentősége*

Szülői ismeretek és tájékoztatás szerepe az újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokban  
*Parental knowledge and information sources regarding newborn and infant screening examinations*

A gyásztámogatás lehetőségei a gyermek palliatív-hospice ellátás vonatkozásában  
*Grief support options for children in palliative-hospice care*

II. Nemzetközi Részvétellel Megvalósuló Iskolai Ápolók Konferenciája

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége plakátkampánya,  
a családok digitális térben való korai preventív védelmének kialakítására

# ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége (MVSZSZ) hozzá kíván járulni a Védőnői Szolgálat, mint a népesedési helyzet javításában, a családgondozásban, a népegészségügyben és a prevencióban, különösen érintett hivatás fejlesztéséhez, a családokkal foglalkozó más szakmaterületek közötti együttműködés erősítéséhez, valamint a tudományos kutatási tevékenységek ösztönzéséhez, a publikációk közzétételéhez, hazai és nemzetközi terjesztéséhez, a tudományos eredmények hasznosításához.

**Az MVSZSZ 2021 évi Közgyűlésén a fenti célok teljesülése érdekében döntött arról, hogy létrehozza az AranyPajzs interdiszciplináris tudományos folyóiratot. A folyóirat a Miniszterelnökség NEAE-KP-1-2022/1-000079 sz. egyedi pályázati támogatásának köszönhetően kezdte el működését 2022-ben.** Kiemelt cél: Lehetőséget biztosítsunk a családokkal foglalkozó szakemberek számára az AranyPajzs keretei között, tudományos kutatási eredmények és az általuk kidolgozott jó gyakorlatok bemutatására és terjesztésére. A folyóirat nyitott a családokat érintő orvostudományi, egészségtudományi, egészségtechnológiai, pszichológiai, társadalomtudományi (demográfiai, szociológia, stb.) oldalról érkező tudományos közlemények közzétételére is. A Kiadó szívesen fogad magyar és angol nyelven az egészségtudomány és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, szakirodalmi áttekintéseket, egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá kommentárokat, szerkesztőhöz írt leveleket. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A részletes, Szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják az AranyPajzs honlapján ([www.aranypajzsfolyoirat.hu](http://www.aranypajzsfolyoirat.hu)). A kéziratot és a „Szerzői nyilatkozatot” szerkesztőségünkbe e-mail útján kérjük elküldeni a [szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu](mailto:szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu) címre. A formai szempontból megfelelő kéziratot névtelenül (esetenként ismételt) két független bíráló véleményezi. A bírálók személyét nem fedjük fel. Az AranyPajzs az ún. „bírálóan átnézett” (peer-review) folyóiratok közé tartozik. A bírálók javaslatot tesznek módosításokra és a közlemény elfogadására vagy elutasítására, amelyet a Szerkesztőség messzemenően figyelembe vesz. A Szerzőt a Szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt. A Szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint a lektor(ok) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A Szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelenésének idejére, illetve folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát. A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

**Szerzői jog és másolás:** A cikkekben megfogalmazott vélemény, javaslat a Szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával. A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a Kiadó írásbeli engedélyre van szükség. A megjelent publikációnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a Kiadó írásos hozzájárulása szükséges.



## IMRESSZUM

**Alapítás éve: 2022**

Alapító: Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége

**Kiadja, terjeszti**

Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége

**Kiadó székhelye**

1118 Budapest, Regös u. 14. 7/31.

**Felelős kiadó**

Várfalvi Marianna elnök

**Főszerkesztők**

Karamánné Prof. Dr. Pakai Annamária PhD, habil., Dr. Rákóczi Ildikó PhD

**Szerkesztőségi koordinátor**

Gebriné Dr. Éles Krisztina PhD

**Szerkesztőbizottság**

Bábiné Szottfried Gabriella, Dr. Gyulai Anikó PhD, Dr. Karácsony Ilona PhD, habil., Dr. Kovács Attila

Dr. Kósa Zsigmond PhD, Molnárné Dr. Csákvári Tímea PhD,

Prof. Dr. Réthy Lajos Attila PhD, habil., Dr. Szabó József PhD

**Nyelvi lektorok**

Dr. Gyulai Anikó PhD, Dr. Karácsony Ilona PhD, habil., Molnárné Dr. Csákvári Tímea PhD

**Szerkesztőségi titkár**

Kováts Viktória

**Tipográfia, tördelés:** Németh Kata, Balás Design

**Online megjelenés:** Szélesy Krisztián

**Szerkesztőség címe**

AranyPajzs folyóirat, 1118 Budapest, Regös u. 14. VII.31.

e-mail: szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu; Telefon: +36/30 559 5154 (Kováts Viktória szerkesztőségi titkár)

**Megjelenés:** évi 4 szám

ISSN 2939-5704 (Nyomtatott), ISSN 2939-595X (Online)

HU ISSN 2939-595X

*A folyóirat honlapkiadványként elérhető.*

---

[www.aranypajzsfolyoirat.hu](http://www.aranypajzsfolyoirat.hu)

---

**Tárhely szolgáltató**

Tárhely.Eu Szolgáltató Kft., 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.

Telefon: +36 1 789-2-789

**Kéziratok beküldése**

szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

**Megrendelhető**

Kováts Viktória (szerkesztőségi titkár): szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

# ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA

The Professional Association of Hungarian Health Visitors (PAHHV) wishes to contribute to the improvement of the Hungarian Health Visitor Service, the population situation, the family care, the public health and prevention, especially to the above-mentioned profession's development, to the strengthening of the cooperation between other professions related to family care, and to encourage the scientific research activities, the dissemination of publications on a national and international level, and to utilize scientific results and findings.

**To meet these objectives, the PAHHV has decided on its Annual Meeting of 2021 to establish its interdisciplinary scientific journal, „Golden Shield”. The Journal begins its operation in 2022, thanks to the unique grant 'NEAE-KP-1-2022/1-000079' given by the Prime Minister's Office of Hungary.** The primary goal is to provide an opportunity for professionals in family care to present and disseminate scientific research results and good practices, within the framework of Golden Shield. The journal is open to publish studies from the fields of medicine, health sciences, health technology, psychology, social sciences (demography, sociology, etc.) that affect families. The Publisher welcomes original articles, review articles, brief reports, case studies, literature reviews, other theoretical publications, preliminary and urgent publications, as well as comments and letters to the editor written in either Hungarian or English. The main criteria for publication are originality, quality, and interest of the wider readership in the topic.

A detailed instruction for Authors can be found on the website of AranyPajzs ([www.aranypajzsfolyoirat.hu](http://www.aranypajzsfolyoirat.hu)). Manuscripts and the Author's Copyright should be assigned to the Editorial Board via e-mail at [szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu](mailto:szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu). The formally correct manuscript is peer-reviewed anonymously (sometimes repeatedly) by two independent reviewers. The identities of the reviewers will not be revealed. The reviewers will decide about acceptance, revision, or rejection of the manuscript, which will be largely taken into account by the Editorial Board. The Author will be notified about the Editorial Board's decision in writing, but without the Board's justification. The Editorial Board respects the principle of confidentiality of those in relation to the received (accepted or rejected) manuscripts: the protection of copyright and – unless otherwise specified – the confidentiality of the identity. The Editorial Board reserves the right to make changes to the timing of the publication and to make changes in the manuscript in accordance with the style of the Journal. The submitted manuscript should not contain parts of manuscripts that have previously been published or have been previously submitted but is under review or accepted but not yet published. The opinions and suggestions expressed in the articles are those of the Author and do not necessarily reflect the views of the Editorial Board / Publisher. Reusing the articles and figures/images published in the Journal requires the written permission of the Publisher. Any form of copying or using the – or part(s) of the – article published by the Journal requires a written consent from the Publisher.



## IMPRESS

### **Year of foundation 2022**

#### **Founder**

Professional Association of Hungarian Health Visitors (PAHHV)

#### **Publisher's address**

14th Regős street, H-1118 Budapest, Hungary, VII. 31.

#### **Responsible Editor**

Marianna Várfalvi Chairwoman

#### **Editor in Chiefs**

Karamánné Prof. Dr. Pakai Annamária PhD, habil., Dr. Ildikó Rákóczi PhD

#### **Editorial Coordinator**

Dr. Krisztina Éles Gebriné PhD

#### **Editorial Board**

Gabriella Bábiné Szottfried, Dr. Anikó Gyulai PhD, Dr. Karácsony Ilona PhD, habil., Dr. Attila Kovács

Dr. Zsigmond Kósa PhD, Tímea Molnárné Dr. Csákvári PhD,

Prof. habil. Lajos Attila Réthy PhD, Dr. József Szabó PhD

#### **Language editors**

Dr. Anikó Gyulai PhD, Dr. Karácsony Ilona PhD, habil., Tímea Molnárné Dr. Csákvári PhD

#### **Editor's secretary**

Viktória Kováts

**Typography, layout:** Németh Kata, Balás Design

**Online design:** Krisztián Szélesy

**Editorial Office's postal address:**

Golden Shield, 14th Regős street, H-1118 Budapest, Hungary, VII. 31.

e-mail: szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu; Phone: +36/30 559 5154 (Viktória Kováts – Editor's Secretary)

**Publication frequency:** 4 issues per year

ISSN 2939-5704 (Print), ISSN 2939-595X (Online)

HU ISSN 2939-595X

*The Journal is available as a website publication at*

---

[www.aranypajzsfolyoirat.hu](http://www.aranypajzsfolyoirat.hu)

---

#### **Hosting service provider**

Tárhely.Eu Szolgáltató Kft., H-1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.

Phone: +36 1 789-2-789

#### **Manuscript submission**

szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

#### **Ordering**

Viktória Kováts (Editor's secretary): szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

# ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA



## *dr. Hugonnai Vilma* (1847-1922)

Az AranyPajzs folyóirat 2022-ben az első magyar orvosnő és szülésznő tiszteletére alapítva.

(A fotót a Magyar Nemzeti Múzeum (MNM)-Simmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár bocsátotta rendelkezésünkre.)



**A JÖVŐT FEJLESZTJÜK A MÁBAN, EGYÜTT VAGYUNK JÓK! – [mvszsz.hu](http://mvszsz.hu)**

Az AranyPajzs folyóirat létrejöttét támogatta:



Jelen folyóirat a Miniszterelnökség fejezeti irányítása alá tartozó Nemzeti Együttműködési Alapból nyújtott vissza nem térítendő támogatás terhére jött létre, amely forrást a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt., mint Támogatató bocsátotta a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége rendelkezésére, a NEAE-KP-1-2022/1-000079 azonosítószámú, „AranyPajzs – a család védelmének tudománya – szakmai tudományos folyóirat megalapítása, szakmai kialakítása és terjesztése” című projekt keretében.

## TARTALOM / CONTENT

---

**8**

*Köszöntő / Greetings*

**10**

*Tamako Oshima*

The History, Roles, and Social Significance  
of the Hungarian Health Visitor (Védőnő) System

*A magyar védőnői rendszer története, szerepe és társadalmi jelentősége*

**17**

*Dr. Karácsony Ilona PhD. habil./ Prof. Dr. Pakai Annamária/ Komlósi Kálmánné*

Szülői ismeretek és tájékoztatás szerepe  
az újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokban

*Parental knowledge and information sources regarding newborn and  
infant screening examinations*

**31**

*Mező Melinda*

A gyásztámogatás lehetőségei a gyermek palliatív-hospice ellátás vonatkozásában

*Grief support options for children in palliative-hospice care*

**46**

II. Nemzetközi Részvétellel Megvalósuló Iskolai Ápolók Konferenciája

**47**

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége plakátkampánya,  
a családok digitális térben való korai preventív védelmének kialakítására



# Köszöntő

## Tisztelt Olvasó!

Köszöntöm a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége „AranyPajzs - a család védelmének tudománya” című, tudományos folyóirat 2026. év első számának megjelenése alkalmából.

A lap megalapításakor célként tűztük ki, hogy erősíteni kívánjuk azt a pajzsot, védőerőt, amelyet a különböző tudományterületekről érkező kutatási eredmények együttesen alkotnak a családok — mint a társadalom természetes alapközösségei — jólléte, fennmaradása és gyarapodása érdekében. A közösen kovácsolt „pajzs” hozzájárul a népesedési helyzetet, egészséget, megküzdőképességet befolyásoló tényezők és folyamatok pontosabb megismeréséhez, javításához, a családgondozás, a népegészségügy és a prevenció, a családokkal foglalkozó szakmaterületek közötti együttműködés fejlesztéséhez, a tudományos kutatási tevékenységek ösztönzéséhez, jó gyakorlatok elterjesztéséhez. A 2025-ös év három jeles évfordulóhoz is kapcsolódott: 110 éve alakult 1915. június 13-án a Védőnői Szolgálat. 10 éve a Szolgálatot törvény jegyezte be a Hungarikumok tárába. A védőnőképzés a felsőoktatásban 50 évvel ezelőtt kezdődött.

Első cikkünk egy japán ápoláskutató összefoglalója a 110 éves hungarikum védőnői szolgálat történetéről, szerepeiről, társadalmi jelentőségéről szól. Nagy megtiszteltetés számunkra, hogy személyesen is eljött Magyarországra anyagot gyűjteni, és felkereste Szövetségünket és Szerkesztőségünket. 2025-ös Japánban rendezett nemzetközi ápolói konferencián poszterrel mutatta be kutatási témája főbb megállapításait. Második cikkünkben olvashatnak az újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos szülői ismeretekről és feltárja a tájékoztatás szerepét. Harmadik cikkünk a gyásztámogatás lehetőségeit mutatja be a gyermek palliatív-hospice ellátás vonatkozásában, amely téma szintén a szülőkkel való foglalkozás több szakmaterületre is kiterjedő figyelmet érdemel. Konferenciabeszámoló keretében osztjuk meg személyesen szerzett információinkat, amelyet a szlovák iskolaápolók szerveztek Pozsonyban nemzetközi részvétellel. A konferencia fókusza a hátrányos helyzetű és roma tanulók iskolaegészségügyi ellátása volt. Cseh, osztrák és magyar előadásokból és beszélgetésekből színes képet, sok jó gyakorlatot ismerhettünk meg. Megtisztelő volt számunkra, hogy Magyarországot és AranyPajzs folyóiratunkat képviselhettük. A képernyőhasználat csökkentése különös tekintettel az életkezdeti évekre újabb formában kerül a szakemberek és a lakosság elé: Szövetségünk Plakátkampányt indított két célcsoport számára (gyermeket váró és már gyermeket nevelő szülők) a plakátok minden védőnői tanácsadóban, szülészeti- és újszülött osztályon láthatók. Az [mvszsz.hu](http://mvszsz.hu) oldalról szabadon letölthetők és nyomtathatók.

Kiadványunk nyitott magyarországi, és nemzetközi szerzők orvos- és egészségtudományi, egészségtechnológiai, pszichológiai, társadalomtudományi (pl.: demográfiai, szociológiai) oldalról érkező tudományos közleményeinek közzétételére. Tudományos folyóiratunkat dr. Hugonnai Vilma emlékére felajánlva indítottuk. Köszönjük, hogy Magyarország Kormánya, valamint a Miniszterelnöki Kabinetiroda, a Miniszterelnökség pályázati támogatásának köszönhetően, a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt. forrásából az AranyPajzs folyóirat 2026-ban is folytathatja tevékenységét. Fogadják érdeklődéssel az online és időszakosan nyomtatott formában ingyenesen megjelenő és hozzáférhető kiadványunkat! Várjuk 2026-ban is közleményeiket, javaslataikat.

2026. március 27.

**Várfalvi Marianna**  
a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége  
Elnöke, Alapító, Kiadó



## Greetings

### Dear Reader!

I present to you the first issue of 2026 by 'GoldenShield – The Science of Protecting Families' – a scientific journal by the Professional Association of Hungarian Health Visitors.

By establishing this Journal and by publishing three to four issues per year, we wish to strengthen the shield – a protective force – formed by the results of research in various scientific fields. This is done for the wellbeing, survival, and growth of families (as basic communities in society). This jointly forged 'shield' contributes to a better understanding and improvement of the factors and processes influencing the population situation, health and resilience, as well as the development of cooperation between family care, public health and prevention, other disciplines dealing with families, and the encouragement of scientific research activities. The year 2025 marked three significant anniversaries: the foundation of the Health Visitor Service 110 years ago, on 13 June 1915; the recognition of the Service as a Hungarikum by law 10 years ago; and the introduction of health visitor training into higher education 50 years ago.

Our first article is about a Japanese nursing researcher's overview of the 110-year history, roles, and social significance of Hungary's Health Visitor Service as a Hungarikum. It is a great honour for us that she visited Hungary in person to collect material and met with both our Association (PAHHV) and our Editorial Office. In 2025, she presented the main findings of her research in a poster at an international nursing conference held in Japan. Our second article explores parental knowledge related to newborn and infant screening examinations and highlights the role of information provision. Our third article introduces the possibilities of bereavement support in paediatric palliative and hospice care. It is a topic that likewise deserves multidisciplinary attention in working with parents. Within the framework of a conference report, we share information gathered firsthand at an international meeting organized by Slovak school nurses in Bratislava. The conference focused on school health care for disadvantaged and Roma students. Through Czech, Austrian, and Hungarian presentations and discussions, we gained a rich and diverse perspective and became familiar with many good practices. It was an honour for us to represent Hungary and our journal, GoldenShield. Reducing screen use, with particular attention to the earliest years of life, is being presented to professionals and the public in a new format: our Association (PAHHV) has launched a poster campaign targeting two groups (expectant parents and those already raising children). The posters are displayed in all health visitor's office as well as in obstetric and neonatal departments. Also, they can be freely downloaded and printed from our website, [mvszsz.hu](http://mvszsz.hu).

Our journal is open to publishing articles from Hungarian and international authors in the fields of medicine and health sciences, health technology, psychology and social sciences (e.g., demography, sociology). Our scientific journal was launched in dedication to the memory of Dr. Vilma Hugonnai. We are grateful to the Government of Hungary and the unique grant of the Prime Minister's Office, from the source of Bethlen Gábor Fund Management Ltd., allowing GoldenShield to operate in 2026. We hope you find interest in our free issues published and available both online and periodically in print as well. We welcome your articles and comments in 2026.

27 March 2026

**Marianna Várfalvi**  
Chairwoman of the Professional Association of Hungarian Health Visitors  
*Founder, Publisher*



Tamako Oshima<sup>1</sup>

Master of Welfare Management  
ORCID: 0009-0006-8905-8955

# The History, Roles, and Social Significance of the Hungarian Health Visitor (Védőnő) System: 110 Years of a Relationship-Based Maternal and Child Health Profession

## A magyar védőnői rendszer története, szerepe és társadalmi jelentősége: 110 év a kapcsolatalapú anya- és gyermekvédelmi hivatás szolgálatában

Lecturer; Registered Nurse,  
Public Health Nurse,  
and Midwife International  
University of Health and Welfare  
School of Health Sciences at  
Odawara Department of Nursing

1-2-25 Shiroyama Odawara  
Kanagawa 250-8588, Japan  
TEL : +81-465-21-6500  
E-mail: t-oshima@ihwg.jp

<sup>1</sup> International University of Health and Welfare School of Health Sciences at  
Odawara Department of Nursing

### Abstract

This study reviews the Hungarian Health Visitor Service, focusing on its historical development, institutional design, professional roles, and social significance as a maternal and child health profession. Established in 1915, the Health Visitor Service provides continuous support to children and their families from pregnancy through adolescence up to the age of 18. A literature review was conducted using PubMed and publicly available documents published by professional associations and public institutions in Hungary. The analysis examined the system's historical background, placement structure, scope of practice, and international implications. The findings indicate that the Védőnő system is based on universal services and distinctive staffing policies that do not assume routine district transfers, enabling long-term, trust-based relationships between professionals and families. Through home visits and community-based practice, the system institutionalizes relationship-based preventive support, prioritizing "relationship over diagnosis" and "accompaniment over classification" in maternal and child health care.

**Keywords:** Védőnő; Maternal and Child Health; Health Visitors; Preventive Health Services

### Absztrakt

Jelen tanulmányban a magyar védőnői –azaz a hivatásos anya-és gyermekvédelmi – rendszert vizsgáltam meg a következő szempontok szerint: történeti alakulás, a szervezet megalkotása, szakmai szerepe, valamint a társadalomban betöltött jelentősége. Az 1915-ben létrehozott védőnő rendszer a fogantatástól (várandóságtól) az iskoláskoron át a gyermek serdülőkoráig, azaz 18. életévéig a gyermekes családoknak biztosít folyamatos támogatást. Ezen tanulmány szakirodalmi áttekintést

nyújt a PubMed adatbázis, valamint a magyar szakmai szövetségek és közintézmények által köz-  
zétett anyagok alapján.

Elemzésemben a rendszer történeti hátterére, szervezeti felépítésére, nemzetközi jelentőségére,  
valamint a védőnők munkakörére fókuszáltam. Eredményképpen világossá vált, hogy a rendszer  
egyetemes jellegű ellátáson alapul, és olyan humán erőforrás irányelv érvényesül benne, hogy a  
védőnőket alapvetően nem mozgatják az egyes körzetek között, ezáltal lehetővé teszik, hogy a  
védőnők és a családok között bizalmon alapuló, hosszútávú kapcsolat alakulhasson ki.

A védőnők a családlátogatások gyakorlatba ültetésével, a rendszerben olyan, alapvetően az emberi  
kapcsolatokon alapuló szisztematikus, preventív támogatást valósítanak meg, ahol a kapcsolato-  
kat helyezik előtérbe a diagnosztizáláshoz képest, valamint ahol a családok kísérésén van a hang-  
súly a besorolás helyett.

**Kulcsszavak:** *védőnő; anya- és gyermekegészségügy; egészségügyi látogatók; megelőző egész-  
ségügyi szolgáltatások Introduction*

---

## Introduction

The Hungarian health visitor (Védőnő) system is a nationally licensed maternal and child health profession established in 1915 (Szöllősi et al., 2020). The system is often described as a unique preventive maternal and child health network in Europe (Póta & Szabó, 2020). Health visitors provide continuous support to children and their families from pregnancy and childbirth through infancy, childhood, and adolescence up to the age of 18. With a history spanning more than 110 years, the Védőnő system is regarded as one of the most distinctive maternal and child health systems in Europe.

Health visitors are assigned to hospitals, community districts, and schools. In particular, school health visitors provide continuous support to children and families from school age through adolescence. As community-based professionals, Védőnő health visitors deliver universal maternal and child health services to all pregnant women and families. Through practices centered on home visits, they provide health counseling, parenting support, coordination of immunizations, school health activi-

ties, mental health support, and other services. A key feature of the system is its emphasis on sustained relationships with families rather than early classification and selection based on individual risk.

In many countries, including Japan, maternal and child health systems combine high-risk approaches with population-based approaches. These systems rely on risk assessment and screening to determine support needs while simultaneously implementing population-wide health measures and information provision. Such approaches are rational responses to limited human resources and are shaped by each country's social and policy context. However, the nature of relationships between professionals and families, as well as the degree of continuity in engagement, varies across systems. In recent years, international discussions in maternal and child health have emphasized the importance of comprehensive support that considers psychosocial factors, family environments, and the quality of relationships in addition to biomedical indicators. In this context, the Védőnő

system has the potential to be re-evaluated as a relationship-based preventive support model that prioritizes “relationship over diagnosis” and “accompaniment over classification.”

The purpose of this study is to organize the historical background, educational framework, and practical roles of the Hungarian Védőnő system based on existing literature, and to clarify its social roles and international significance. Particular attention is given to how relationship-based continuous support is institutionalized within the system.

## Methods

This study is a literature review focusing on existing publications related to the Hungarian Védőnő system. The aim was to clarify its historical development, educational and organizational structure, scope of practice, and social roles, as well as its international significance as a maternal and child health profession.

A literature search was conducted using PubMed, a major database in the fields of medicine and public health. The search terms “Hungary” and “health visitor” were used, and articles containing these terms in the title or abstract were identified. The search was conducted on May 20, 2025, yielding a total of 67 articles. Among these, five articles that directly addressed the design, roles, and practices of the Hungarian Védőnő system were selected for detailed review. In addition, materials published by professional associations and public institutions in Hungary, including historical documents and system descriptions, were used as supplementary sources.

The analysis focused on four perspectives: (1) the establishment and historical development of the system, (2) educational and placement structures, (3) scope of practice and professional roles, and (4) the social and international significance of the system. By comparing and synthesizing descriptions across the selected literature, the characteristics of the Védőnő system were examined from multiple angles. This study used only publicly available literature and documents and did not involve personal data or human subjects; therefore, it did not require ethical review. All sources were cited in accordance with copyright and research ethics standards.

## Results

### *1. Establishment and Uniqueness of the System*

The literature review confirmed that the Védőnő system is a nationally licensed maternal and child health profession established in 1915 and continuously maintained for over 110 years. A major characteristic of the system is that it targets children and their families from pregnancy and childbirth through infancy, childhood, and adolescence up to the age of 18. Health visitors are assigned to hospitals, community districts, and schools, and school health visitors in particular provide continuous support to children and families within the everyday setting of schools. This flexible placement across developmental stages, combined with institutionalized continuity of support, represents a highly distinctive feature within Europe.

Furthermore, institutional documents indicate that district health visitors are, in principle, not transferred between districts and continue to support families within the same community

over long periods. This staffing policy enables the same professional to remain involved with families from pregnancy through a child's developmental trajectory. Such a system design, which does not assume routine personnel transfers, supports the accumulation of trust between professionals and families and constitutes a key element enabling continuous, relationship-based support.

In addition, the Védőnő system is fundamentally based on universal services provided to all pregnant women and families, without presupposing selection based on the presence or absence of risk. This design frames maternal and child health not as intervention for specific "problematic" families, but as preventive support embedded in everyday life.

## *2. Scope of Practice and Professional Roles*

The reviewed literature indicates that the scope of practice of Védőnő health visitors is extensive. Core activities include health support for mothers during pregnancy and the postpartum period, parenting counseling through home visits, coordination of immunizations, school health activities, breastfeeding support, smoking cessation support, and screening for postpartum depression (Rákóczi et al., 2024; Szabó et al., 2024; Hompoth et al., 2020). Home visits constitute a central practice, enabling health visitors to understand family environments and caregiving situations in daily contexts and to provide guidance and support as needed.

Several studies report that Védőnő health visitors are perceived as "family health advisors" or even "members of the family," and that relatively long-term, trust-based relationships are formed between professionals and families

(Póta & Szabó, 2020). At the same time, workload burden has been identified as a challenge. District health visitors are reported to be responsible for an average of approximately 274 households, while school health visitors are responsible for an average of approximately 807 children and adolescents (Országos Stefánia Szövetség, 2019; Soósné Kiss et al., 2023), reflecting the extensive scope of responsibilities borne by these professionals.

## *3. International Implications*

The literature suggests that the Védőnő system represents an internationally significant example of institutionalized relationship-based preventive support in maternal and child health. Rather than initiating support through diagnosis or classification, the system delivers preventive support within the context of sustained relationships with families, taking a holistic view of daily life.

This orientation can be summarized by the principles of "relationship over diagnosis" and "accompaniment over classification." Importantly, these principles are not left to the discretion of individual professionals but are institutionally guaranteed through placement structures, defined roles, and qualification systems. The design of the Védőnő system also aligns closely with the ethics of care framework articulated by Noddings, which emphasizes care grounded in relationships. As such, the system can be understood as a form of social infrastructure that enables long-term preventive support through relationships and presents an alternative professional model in maternal and child health.

## Discussion and Conclusion

This study reviewed the historical development, institutional structure, and professional roles of the Hungarian Védőnő system and examined its social and international significance as a maternal and child health profession. The findings indicate that the Védőnő system institutionalizes continuous support for children and families from pregnancy through adolescence up to the age of 18, with a strong emphasis on sustained relationships rather than episodic intervention.

A distinctive feature of the Védőnő system lies in its institutional design. Health visitors are assigned to hospitals, community districts, and schools, enabling continuity of support across developmental stages. In particular, the placement of school health visitors allows ongoing engagement with children and families during school age and adolescence. Moreover, the limited transfer of district health visitors supports long-term involvement with the same families, fostering trust and continuity and embedding preventive care within everyday life.

While many countries, including Japan, combine high-risk and population-based approaches in maternal and child health, the Védőnő system places particular emphasis on relational continuity as the starting point for support. Risk assessment is not negated but situated within a broader relational framework in which support needs emerge through sustained engagement rather than diagnosis or classification.

These characteristics can be interpreted through Noddings' ethics of care. As summarized in Table I, elements such as continuity, attentiveness, responsiveness, and relational reciprocity correspond closely with institutional practices of the Védőnő system. In this framework, care is understood as a relational process grounded in encounter and continuity rather than the fulfillment of duty (Noddings, 1984). Repeated encounters, particularly through home visits, enable relational listening and flexible responses, while relationship-based care is structurally supported through placement policies and defined professional roles.

From an ethics of care perspective, the Védőnő system can be understood as an institutionalized model of preventive support that prioritizes "relationship over diagnosis" and "accompaniment over classification." This study is limited by its reliance on a literature review; future research should include qualitative and comparative studies to further examine relationship-based preventive support.

**Table I: Correspondence between Noddings' Ethics of Care and the Hungarian Védőnő System**

| Noddings' theoretical elements 1 | Description (Noddings, 1984)   | Corresponding practices in the Védőnő system  |
|----------------------------------|--|---|
| Caring relationship              | Care is grounded in continuous, trust-based, and reciprocal relationships      | Long-term assignment of district health visitors and sustained engagement with families                     |
| One-caring / cared-for           | Care emerges through the relationship between the one-caring and the cared-for | Health visitors and families positioned as relational partners rather than service providers and recipients |
| Engrossment                      | Attentive openness and immersive understanding of the other                    | Relational listening and understanding through repeated home visits   |
| Motivational displacement        | The needs of the cared-for become the basis for action                         | Support shaped by families' expressed needs rather than predefined risk categories                          |
| Responsiveness                   | Care is completed through the response of the cared-for                        | Ongoing adjustment of support through interaction and feedback  |
| Relationship-first approach      | Care arises from encounter and continuity, not obligation                      | Preventive support initiated through universal and continuous relationships rather than diagnosis           |

**Conflict of Interest and Ethical Considerations**

The author declares no conflict of interest. This study is based on a literature review and did not involve human participants or personal data. All procedures were conducted in accordance with appropriate ethical standards.

**Acknowledgements**

The author sincerely thanks the Professional Association of Hungarian Health Visitors (Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége) for providing the opportunity to present the outcomes of this study and for their continued commitment to the development of the Hungarian Védőnő system.

The author is also deeply grateful to Ms. Várfalvi Marianna and Dr. Ildikó Rákóczi for their valuable advice and generous professional support throughout the conduct of this study and the preparation of the manuscript.

In addition, heartfelt appreciation is extended to Ms. Ágnes Torma, who introduced the Professional Association of Hungarian Health Visitors and provided careful and accurate interpretation, greatly facilitating smooth and productive professional communication.

This study was presented at the 2025 Annual Meeting of the Japanese Society of Public Health.

AI tools (ChatGPT) were used to support language editing; the final content and responsibility for the manuscript rest solely with the author.

## References

- Hompoth, E. A., Gálosi, N., Becsei, L., & Tőreki, A. (2020). Depressziószűrés a várandós gondozásban [Depression screening in pregnancy care: Results from the area of Békéscsaba körzetéből]. *Orvosi Hetilap*, *161*(10), 374–381.  
doi: 10.1556/650.2020.31659
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Országos Stefánia Szövetség. (2019). *A védőnői hivatás története* [The history of the health visitor profession]. Retrieved September 28, 2025  
[https://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2019/03/1819\\_GYTKgy11\\_anya\\_csecsemo.pdf](https://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2019/03/1819_GYTKgy11_anya_csecsemo.pdf)
- Póta, G., & Szabó, L. (2020). The health visitor network in Hungary: A unique system in Europe. *Turkish Archives of Pediatrics*, *55*(Suppl 1), S10–S16.
- Rákóczi, I., Balázs, P., & Foley, K. L. (2024). Dohányzó várandósok elsődleges védőnői állapotfelmérése az alapellátásban [Tobacco smoking primary survey of pregnant women in the maternity and child health service]. *Orvosi Hetilap*, *165*(14), 545–552.  
doi: 10.1556/650.2024.33014
- Soósné Kiss, Z., Szabó-Németh, P., & Horváth, K. (2023). Változások az orvosok, védőnők és egészségügyi szakemberek gyermekvédelmi munkájában, ajánlások a további munkához: Tanulmány a Védőnői Szolgálat 108 éves évfordulója alkalmából [Cooperation between the health visitor and the physician as one of the pillars of the 108-year-old Hungarian Health Visitor Service]. *Orvosi Hetilap*, *164*(33), 1311–1318.  
doi: 10.1556/650.2023.32867
- Szabó, A., Karácsony, I., Ferenczy, M., & Pakai, A. (2024). Mothers' experiences of breastfeeding support by health visitors in Hungary. *Orvosi Hetilap*, *165*(41), 1628–1640.  
doi: 10.1556/650.2024.33141
- Szöllősi, K., Odor, A., Kissné Garajszki, I., Talabér, J., Fogarasi-Grenczer, A., Altorjay, P., Póta, G., & Szabó, L. (2020). The health visitor network in Hungary: A unique system in Europe. *Turkish Archives of Pediatrics*, *55*(Suppl 1), S10–S16.  
doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2020.03271



**Dr. Karácsony Ilona**  
**PhD. habil.<sup>1</sup>**

egyetemi docens  
ORCID azonosító: 0000-0003-3336-9376

**Prof. Dr. Pakai Annamária<sup>2</sup>**

egyetemi tanár, mb. intézetigazgató  
helyettes, képzési központ igazgató  
ORCID azonosító: 0000-0002-2849-1310

**Komlósi Kálmánné<sup>3</sup>**  
szakoktató

*Kapcsolattartó szerző:*

*Dr. Karácsony Ilona PhD. habil.*  
*PTE ETK*

*Egészségtudományi Alapozó,*  
*Szülész női és Védőnői Intézet*  
*ilona.karacsony@etk.pte.hu*

## Szülői ismeretek és tájékoztatás szerepe az újszülött- és csecsemő-kori szűrővizsgálatokban

## Parental knowledge and information sources regarding newborn and infant screening examinations

<sup>1</sup> PTE ETK Egészségtudományi Alapozó, Szülész női és Védőnői Intézet

<sup>2</sup> PTE ETK Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet

<sup>3</sup> PTE ETK Egészségtudományi Alapozó, Szülész női és Védőnői Intézet

### Absztrakt

**Cél:** Jelen kutatás célja a szülők újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismereteinek feltérképezése, a szakemberi tájékoztatás, az egyéni információkeresés és a tájékozottság szubjektív megítélésének vizsgálata volt.

**Anyag és módszerek:** Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat keretében mértük fel a szülők (N=100) demográfiai jellemzőit, a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos objektív tudásszintjét, valamint a tájékoztatás forrásait és mértékét. Az adatfeldolgozás során kétmintás t-próbát és korrelációelemzést alkalmaztunk ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** A szülők összességében megfelelő szintű ismeretekkel rendelkeztek a szűrővizsgálatokkal kapcsolatban. A védőnők és házi gyermekorvosok bizonyultak a legfontosabb információforrásnak. A szakember által adott tájékoztatás szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott az objektív tudásszinttel (újszülöttkor:  $r = 0,238$ ;  $p = 0,029$ ; csecsemőkori:  $r = 0,224$ ;  $p = 0,041$ ) és a szubjektív tájékozottsággal (újszülöttkor:  $r = 0,344$ ;  $p < 0,001$ ; csecsemőkori:  $r = 0,350$ ;  $p < 0,001$ ). A magasabb iskolai végzettségű szülők tájékozottabbnak ítélték meg magukat ( $p < 0,05$ ), de tényleges tudásuk nem volt magasabb ( $p > 0,05$ ).

**Következtetések:** Eredményeink rámutatnak a strukturált, életkorhoz igazított szakemberi tájékoztatás kiemelt jelentőségére.

**Kulcsszavak:** újszülöttkor, csecsemőkori, szűrővizsgálat, objektív tudás, szubjektív tájékozottság

### Abstract

**Goal:** The aim of this study was to map parents' knowledge of newborn and infant screening tests and to examine the subjective assessment of professional information, individual information seeking, and awareness.

**Materials and methods:** We used a cross-sectional questionnaire survey to assess the demographic characteristics of parents (N=100), their objective level of knowledge about screening tests, and their sources and extent of information. Data processing involved two-sample t-tests, and correlation analysis ( $p < 0.05$ ).

**Results:** Overall, parents had a moderate to good level of knowledge about screening tests. Health visitors and (pediatric) general practitioners proved to be the most important sources of information. The level of information provided by professionals showed a significant positive correlation with both objective knowledge (neonatal period:  $r = 0.238$ ;  $p = 0.029$ ; infant period:  $r = 0.224$ ;  $p = 0.041$ ) and subjective awareness (neonatal period:  $r = 0.344$ ;  $p < 0.001$ ; infant period:  $r = 0.350$ ;  $p < 0.001$ ). Parents with higher levels of education considered themselves to be better informed ( $p < 0.05$ ), although their actual knowledge was not higher ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** Our results highlight the importance of structured, age-appropriate professional information.

**Keywords:** *neonatal period, infancy, screening, objective knowledge, subjective awareness*

---

## Bevezetés, célkitűzés

Az újszülöttkori és csecsemőkori szűrővizsgálatok a preventív gyermekgyógyászat és közegészségügy meghatározó elemei. Céljuk a veleszületett, többnyire ritka betegségek és állapotok korai felismerése, amelyek a tünetmentes időszak ellenére kezelés nélkül súlyos, gyakran visszafordíthatatlan egészségkárosodáshoz, fejlődési elmaradáshoz, esetenként halálhoz vezethetnek. A korai diagnózis és az időben megkezdett terápia bizonyítottan javítja az érintett gyermekek életkilátásait és életminőségét, miközben csökkenti a családokra és az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő hosszú távú terheket.

Magyarországon az újszülöttkori szűrés országos, szervezett formában 1975-ben indult el. A program célja kezdetektől fogva az volt, hogy a tünetmentes újszülötteket olyan örökletes, ritka betegségek irányában vizsgálja, amelyek korai felismerés hiányában súlyos károsodást okozhatnak. Az újszülöttkori és csecsemőkori szűrővizsgálatok során kimutathatók azok a veleszületett betegségek és állapotok, amelyek

ebben az életkorban még nem járnak jellegzetes klinikai tünetekkel, ugyanakkor kezelés nélkül gátolhatják a gyermek testi, lelki és szociális fejlődését (Tulassay 2023; Abed et al., 2016).

Magyarországon a szülést követően minden újszülött számára térítésmentesen biztosítottak a kötelező szűrővizsgálatok. A szűrések rendjét és tartalmát az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet, valamint annak 1. számú melléklete szabályozza, amely a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat rögzíti. Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok első szakasza a szülészeti intézményben történik: az újszülött 4 napos koráig végzik el az alapvető fizikális és funkcionális vizsgálatokat, valamint a veleszületett anyagcsere-betegségek szűréséhez szükséges vérvételt. Az újszülött hazabocsátását követően a szűrővizsgálatok folyamata a csecsemőkor során folytatódik. Az 1, 2, 3, 4, 6, 9 és 12 hónapos életkorban esedékes vizsgálatokat a házi gyermekorvos és a védőnő végzi. E szűrővizsgálatok

célja nemcsak bizonyos betegségek felismerése, hanem a gyermek fejlődésének folyamatos nyomon követése is. A hazai rendszer így komplex, több szereplő bevonásával működő, preventív ellátási modellként értelmezhető (Tullassay 2023; Altorjai et al., 2015; 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet).

Nemzetközi összehasonlításban az újszülöttkori szűrés a legtöbb fejlett, valamint számos fejlődő országban rutinszerű közegészségügyi beavatkozásnak számít. A vizsgálatokat az újszülött életének első óráiban vagy napjaiban végzik el, olyan betegségeket célozva, amelyek korai felismerés esetén hatékonyan kezelhetők. Ezáltal megelőzhető a súlyos fogyatékoság, mentális retardáció, valamint csökkenthető a csecsemőhalálozás. A program társadalmi haszna jelentős: egyrészt mérsékli a családokra háruló, gyakran hosszadalmas diagnosztikus folyamatokkal járó érzelmi és gazdasági terheket, másrészt csökkenti a későbbi egészségügyi ellátás költségeit (Tong et al., 2022; El-Hattab et al., 2018).

A szakirodalmak egybehangzóan rámutatnak arra, hogy bár az újszülöttkori szűrővizsgálatok elfogadottsága világszerte magas, a szülők ismeretei gyakran hiányosak vagy felszínesek. Számos tanulmány igazolja, hogy a pozitív attitűd nem feltétlenül jár együtt megfelelő tudásszinttel. Abed és munkatársai keresztmetszeti vizsgálatukban azt találták, hogy az anyák ismeretei az újszülöttkori szűrés alapfogalmairól hiányosak voltak, ugyanakkor hozzáállásuk kedvezőnek bizonyult (Abed et al., 2016). Hasonló eredményeket mutatott egy Nasiriyah városában végzett felmérés is: az anyák körében az újszülöttkori szűréssel kapcsolatos helyes válaszok aránya mindössze 51,5% volt. A szerzők hangsúlyozták a szülés előtti edukáció és az egészségügyi szakemberek által nyújtott tájé-

koztatás jelentőségét (Abud et al., 2022). Kasem és mtsai 301 anyával vizsgálták az újszülöttkori szűréssel kapcsolatos ismereteket és attitűdöket. Eredményeik szerint a legtöbb anyát pozitívan viszonyult a szűrővizsgálatokhoz, ugyanakkor tudásszintjük csupán mérsékelt volt. Az információforrás jelentős előrejelző tényezőnek bizonyult a tudásszint, és az attitűd tekintetében. Az egészségügyi szakemberek – különösen az ápolók – kulcsszerepet tölthetnek be az információátadásban (Kasem et al., 2022). Hasonló mintázat figyelhető meg Szaúd-Arábiában is: a nők túlnyomó többsége támogatja a szűrővizsgálati programot, ugyanakkor részletes ismereteik rendkívül korlátozottak (Alfayez et al., 2018; Al-Sulaiman et al., 2015). Al-Sulaiman és munkatársai felmérésében a résztvevők mindössze egyharmada volt tisztában azzal, hogy a szűrés pontosan milyen rendellenességek kimutatására szolgál (Al-Sulaiman et al., 2015). Ali és munkatársai vizsgálata szintén rámutatott arra, hogy az anyák többsége pozitívan viszonyul az újszülöttkori szűrésekhez, ugyanakkor a specifikus – például anyagcsere-betegségekre vagy halláskárosodásra vonatkozó – ismeretek hiányosak voltak (Ali et al., 2024). Brazíliában Hanna és mtsai hasonló eredményeket talált, a résztvevők közel fele nem rendelkezett előzetes ismerettel az újszülöttkori hallásszűrésről, ennek ellenére a vizsgálat fontosságát szinte egyhangúan elismerte (Hanna et al., 2025). Ázsiai országokban is megfigyelhető a tudás és attitűd közötti eltérés. Indiában a szülők körében rendkívül alacsony (14%) ismertséget találtak az újszülöttkori szűrések területén (Eiango et al., 2025). Egy Kínában végzett vizsgálat szerint a résztvevők többsége hallott ugyan az újszülöttkori szűrésről, azonban csak kis hányaduk rendelkezett részletes ismeretekkel. A tanulmány szerint a tudásszintet több szociodemográfiai

tényező is befolyásolta, például a nem, az életkor, az iskolai végzettség és a lakóhely (Yin et al., 2024). Franková és munkatársai szintén kimutatták a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudás és bizonyos demográfiai tényezők – például az életkor és a gyermekek száma – közötti összefüggést (Franková et al., 2019). Thaiföldi szülők körében a résztvevők 60%-ánál megfelelő szűrővizsgálati ismeretet állapítottak meg, amely szignifikáns kapcsolatot mutatott a nemmel, az életkorral és az iskolai végzettséggel (Wilaiwongsathien et al., 2023). Az iskolai végzettség és a szűréssel kapcsolatos információk közötti összefüggést Alfayez és munkatársai is megerősítették (Alfayez et al., 2018).

Az oktatási beavatkozások hatékonyságát több tanulmány is alátámasztja. Hussein és mtsai kimutatták, hogy célzott oktatási programok hatására szignifikánsan javult az anyák tudatossága, ismeretszintje és attitűdje az újszülöttkori szűrésekkel kapcsolatban (Hussein et al., 2022). Hasonló következtetésre jutott Krishnan és mtsai a szülés előtti tájékoztatás és az egészségügyi szakemberek aktívabb bevonása növeli a szülői elégedettséget és az együttműködést, különösen az újszülöttkori hallásszűrés esetében (Krishnan et al., 2019). Mendes és munkatársai online oktatási programja szintén javította a szülők újszülöttkori szűrésekkel kapcsolatos ismereteit, különösen a vizsgálatok céljára, menetére és elmaradásuk lehetséges következményeire vonatkozóan (Mendes et al., 2017).

Európai kontextusban a legtöbb ország biztosít szülői tájékoztató anyagokat az újszülöttkori szűrésekről, azonban ezek tartalma, részletessége és hangsúlyai országonként eltérhetnek (IJzebrink et al., 2021; Franková et al., 2019). A rendelkezésre álló információk és tudáselemek befolyásolhatják a szülők döntéshozatalát és a szűrésekhez való viszonyulását.

Összességében a szakirodalmak alapján megállapítható, hogy az újszülöttkori és csecsemőkori szűrővizsgálatok elfogadottsága világszerte magas, ugyanakkor a szülői ismeretek gyakran hiányosak, különösen a szűrések célját, folyamatát és következményeit illetően.

Kutatásunk célja az újszülött- és csecsemőkori kötelező szűrővizsgálatokkal kapcsolatos szülői ismeretek feltérképezése, valamint annak vizsgálata volt, hogy a szakemberek által nyújtott tájékoztatás, az egyéni információkeresés és a tájékozottság szubjektív megítélése milyen összefüggésben áll az objektív tudásszinttel. A vizsgálat további célja annak elemzése volt, hogy az ismeretek, a tájékozódás és az informáltság megítélése mutat-e kapcsolatot a szülők demográfiai jellemzőivel. A kutatás eredményei hozzájárulhatnak a szülői edukáció hatékonyságának javításához, valamint a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos egészségkommunikáció fejlesztéséhez az alapellátás és a védőnői gondozás területén.

### **Anyag és módszer**

Keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatunk során kisgyermeket nevelő szülőket szólítottunk meg. A mintavétel nem valószínűségi, kényelmi mintavételi eljárással történt. A célcsoport elérését célzott, kisgyermekes szülők számára létrehozott online közösségi felületeken történő megosztással biztosítottuk. A vizsgálatba való beválasztás feltétele volt, hogy a válaszadó kisgyermeket nevelő szülő legyen, valamint önkéntesen járuljon hozzá a kérdőív kitöltéséhez. Az adatgyűjtés saját szerkesztésű, 20 íteemből álló zárt végű kérdéseket tartalmazó kérdőív alkalmazásával valósult meg. A kérdőív főbb kérdéscsoportjai a következők voltak: szociodemográfiai jellemzők, az újszülöttkori és csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismere-

tek, a szülők tájékoztatásának forrásai, valamint a saját tájékozottság szubjektív megítélése. Az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos szülői ismeretek felmérésére két kérdés szolgált. A tudásteszt első kérdése a kötelező újszülöttkori szűrővizsgálatok területeinek ismeretét vizsgálta. A második a szűrővizsgálatokat végző szakemberekre vonatkozott. A csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismereteket három kérdés segítségével térképeztük fel, amelyek a vizsgálatok időpontjára, területeire, valamint az azokat végző szakemberekre vonatkoztak. A válaszok értékelése az 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben foglalt, a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi ellátásokra vonatkozó előírások alapján történt. A tudásteszttek esetében a magasabb pontszámok több szülői ismeretet tükröztek. A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos szakemberi tájékoztatás mértékét négyfokú Likert-típusú skálával (1=egyáltalán nem, 2=kismértékben, 3= jelentős mértékben, 4=teljes mértékben) mértük fel. A kérdőívben négy konkrét szakembercsoport (védőnő, házi gyermekorvos, szülész-nőgyógyász szakorvos, szülész-nő), valamint egy „egyéb szakember” kategória szerepelt. A kapott válaszok összesítését követően a magasabb pontszám nagyobb mértékű tájékoztatást jelentett. A szülők egyéni tájékozódási aktivitását is hasonlóan négyfokú skálával mértük fel külön az újszülöttkori, külön a csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében. A kutatás során alkalmazott saját szerkesztésű kérdőív használatának korlátjaként említhető meg, hogy annak validálása a vizsgálatot megelőzően nem történt meg. Az adatelemzés során a hiányos vagy értékelhetetlen válaszokat kizártuk a statisztikai feldolgozásból. 109-ből 100 értékelhető kitöltött kérdőívet elemeztünk.

Az adatok feldolgozása során leíró statisztikai módszereket alkalmaztunk (abszolút gyakoriság, relatív gyakoriság, átlag, szórás, minimum érték, maximum érték). Az átlagok közötti különbségek vizsgálatához kétmintás t-próbát használtunk. Két folytonos változó közötti kapcsolat elemzését korrelációs számítással végeztük. A kapott eredményeinket  $p < 0,05$  esetén tekintettük szignifikánsnak. Adataink elemzéséhez SPSS 26.0 szoftvert használtunk.

A kutatás megfelelt a kutatásetikai követelményeknek: a részvétel önkéntes volt, az adatfelvétel anonim módon történt, a résztvevők személyazonossága nem volt visszakövethető. A vizsgálat lebonyolítása az Orvosok Világszövetsége által megfogalmazott Helsinki Deklaráció elveinek megfelelően zajlott.

## **Eredmények**

### ***Demográfiai adatok, valamint az újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek***

A válaszadó szülők 91%-a nő volt. A minta 77%-a házastársi vagy élettársi kapcsolatban élt, míg 23%-a egyedülállóként nevelte gyermekét. A megkérdezettek 82%-a városi, 18%-a községi vagy falusi lakóhellyel rendelkezett. Iskolai végzettség alapján a minta 62%-a felsőfokú, 38%-a középfokú végzettséggel bírt.

Az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudásteszt első kérdése a kötelező újszülöttkori szűrővizsgálatok területeinek ismeretét vizsgálta. A kérdőívben felsorolt tíz vizsgálati terület közül kettő nem tartozott a kötelező szűrések körébe, így ezek esetében a „nem” válasz minősült relevánsnak. A helyesen megjelölt válaszok száma minimum: 3, maximum: 10 volt, az átlagérték  $7,73 \pm 1,37$  volt.

A válaszadók 97%-a jelölte meg helyesen a fizikális vizsgálatot és a fejlődési rendellenességek szűrését, 98%-uk a tápláltsági állapot megítélését (testtömeg, testhossz), 99%-uk a fejkörfogot mérését. Az ideggyógyászati vizsgálatot a minta 72%-a, a csípőficam szűrését 81%-a, a hallásszűrését 84%-a, míg a látásvizsgálatot 64%-a azonosította megfelelően. A veleszületett anyagcsere-betegségek szűrését ismerték fel a legkevesebben (58%). A két helytelen válasz esetében a szívultrahang-vizsgálatot a megkérdezettek 64%-a, a veleszületett gerincvelői izomsorvadás (SMA) szűrését pedig 58%-a jelölte helyesen, azaz nem tartozóként a kötelező újszülöttkori szűrések közé. A szűrővizsgálatok helyszínére vonatkozó kérdésre a válaszadók 58,9%-a adott megfelelő választ. A két kérdés eredményeit összesítve az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudásteresztben az elérhető 11 pontból a minta átlagosan  $8,46 \pm 1,54$  pontot ért el (minimum: 5, maximum: 11).

Az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek átlagpontszámai nem mutattak számottevő különbséget az iskolai végzettség szerint ( $t = 0,78$ ;  $p = 0,21$ ; felsőfokú végzettség:  $M = 8,52$ ; középfokú végzettség:  $M = 8,15$ ), a lakóhely alapján ( $t = 1,24$ ;  $p = 0,22$ ; város:  $M = 8,56$ ; község/falu:  $M = 8,00$ ), illetve a családi állapot tekintetében sem ( $t = 0,307$ ;  $p = 0,76$ ; házas/élettársi kapcsolat:  $M = 8,49$ ; egyedülálló:  $M = 8,37$ ). A csecsemőkori szűrővizsgálatok időpontjára vonatkozó kérdésnél havonkénti bontásban adhattak választ a megkérdezettek. A helyes válaszok az 1., 2., 3., 4., 6., 9. és 12. hónaphoz kapcsolódtak. Mind a hét helyes választ a válaszadók 12,3%-a jelölte meg, míg a minta többsége hat (29,8%), öt (26,3%) vagy négy (10,5%) megfelelő választ adott. A helyes válaszok átlagos száma  $4,84 \pm 1,65$  volt (minimum: 1, maximum: 7).

A 0–12 hónapos életkorban végzett szűrővizsgálatok területeire vonatkozóan 12 állítás helyességét kellett megítélni, amelyek közül kettő hamis volt, így ezeknél a „nem” válasz számított helyesnek. A szülők többsége a két téves állítást – a veleszületett anyagcsere-betegségek (70%) és a szívultrahang-vizsgálat (82%) – megfelelően azonosította. Az egyes vizsgálati területek helyes kiválasztása 54% és 99% közötti arányban történt. A legkevesébé ismert területek az érzékszervi szűrések voltak (látásvizsgálat: 54%, hallásszűrés: 66%). A válaszadók 91%-a jelölte meg helyesen a fizikális vizsgálatot és a fejlődési rendellenességek szűrését, 99%-a a tápláltsági állapot megítélését, 91%-a a fejlődés komplex értékelését (motoros, testi, kognitív, kommunikációs és szociális területek), 86%-a a fejkörfogot mérését, 89%-a a mozgásszervi vizsgálatokat, 81%-a a rejtettheréjűség szűrését, 80%-a a csípőficam, valamint 73%-a az idegrendszeri vizsgálatokat sorolta helyesen a kötelező szűrések közé. A tizenkét állítás mindegyikét a minta 20%-a jelölte meg hibátlanul, míg 20% tizenegy, 30% tíz, 17% pedig kilenc megfelelő választ adott. A helyes válaszok átlagos száma  $10,08 \pm 1,48$  volt (minimum: 6, maximum: 12). A csecsemőkori szűrővizsgálatokat ebben az életkorban a házi gyermekorvos és a védőnő egyaránt végzi, így a kérdéshez kapcsolódó három válaszlehetőség közül kettő minősült helyesnek. Egy helyes választ a megkérdezettek 26,3%-a, míg mindkét helyes választ szintén 26,3%-uk jelölte meg. A csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismereteket mérő tudásteresztben maximum 21 pont volt elérhető. A minta átlagpontszáma  $15,31 \pm 2,92$  volt, a legmagasabb elért pontszám: 20, a legalacsonyabb: 8. A csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudás átlagértékei nem mutattak szignifikáns különbséget sem az iskolai végzettség

alapján ( $t = 1,55$ ;  $p = 0,062$ ; felsőfokú:  $M = 15,52$ ; középfokú:  $M = 14,15$ ), sem a lakóhely szerint ( $t = 0,24$ ;  $p = 0,403$ ; város:  $M = 15,36$ ; falu/község:  $M = 15,14$ ), illetve a családi állapot tekintetében sem ( $t = -1,07$ ;  $p = 0,14$ ; házas/élettársi kapcsolat:  $M = 15,12$ ; egyedülálló:  $M = 15,94$ ).

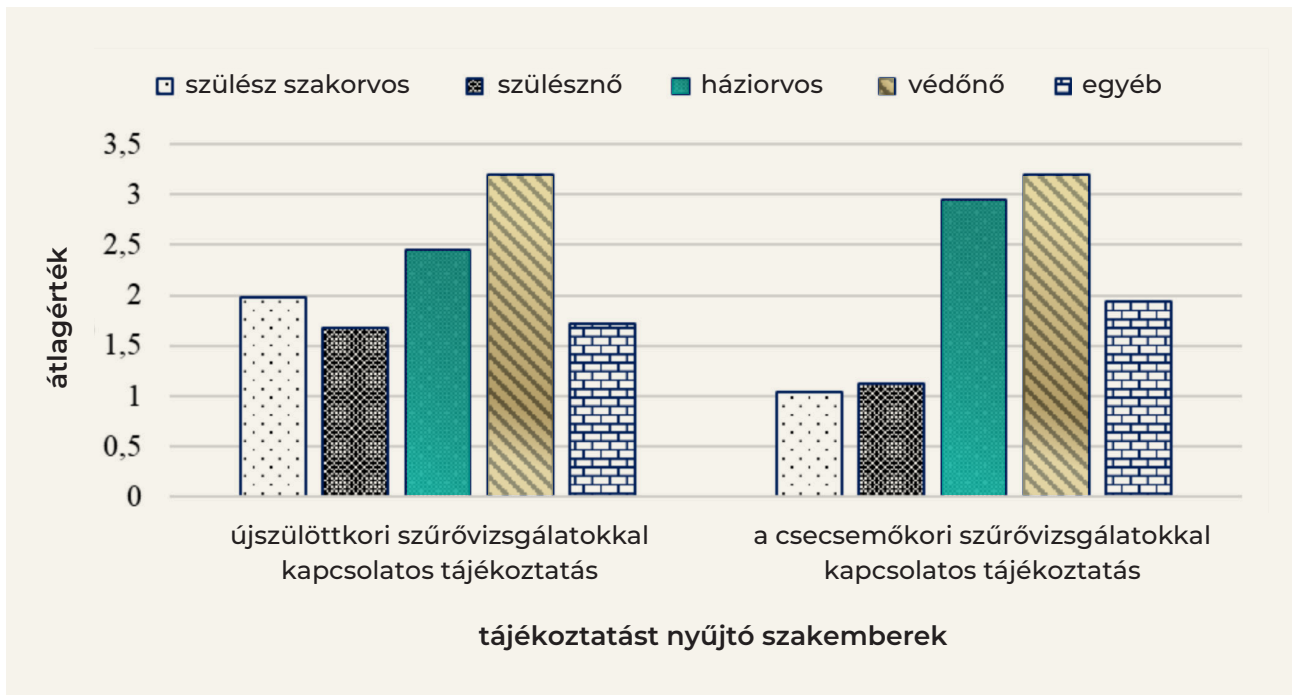
### Tájékoztatás, tájékozódás és a tájékozottság subjektív megítélése

Az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információk legnagyobb mértékben a védőnőktől ( $M = 3,02$ ;  $SD = 0,95$ ), valamint a házi gyermekorvosoktól ( $M = 2,43$ ;  $SD = 1,19$ ) származtak. Emellett a válaszadók a szülész-nőgyógyász szakorvostól ( $M = 1,98$ ;  $SD = 1,04$ ), a szülésznőtől ( $M = 1,68$ ;  $SD = 0,98$ ), illetve egyéb szakemberektől ( $M = 1,72$ ;  $SD = 1,01$ ) is kaptak tájékoztatást. Az öt forrásból érkező információkat összesít-

ve a maximálisan elérhető 20 pontból a minta átlagpontszáma  $10,81 \pm 3,10$  volt (minimum: 5, maximum: 20). Teljes körű tájékoztatást a szülész-nőgyógyász szakorvosok 11%-a, a házi gyermekorvosok 26%-a, a szülésznők 9%-a, a védőnők 38%-a, míg az egyéb szakemberek 10,1%-a nyújtott.

A csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatban a családok legnagyobb arányban a védőnőktől ( $M = 3,20$ ;  $SD = 0,92$ ) és a házi gyermekorvosoktól ( $M = 2,95$ ;  $SD = 1,09$ ) kaptak információt, míg az egyéb szakemberek ( $M = 1,59$ ;  $SD = 0,93$ ), a szülész-nőgyógyász szakorvosok ( $M = 1,04$ ;  $SD = 0,42$ ) és a szülésznők ( $M = 1,12$ ;  $SD = 0,60$ ) szerepe csekély volt (**1. ábra**). Az összesített tájékoztatási pontszám a csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében magasabbnak bizonyult ( $M = 13,89$ ;  $SD = 2,85$ ), mint az újszülöttkori időszakban.

1. ábra Az újszülöttkori és a csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos szakemberek által végzett tájékoztatás megítélésének átlagértékei (N=100)

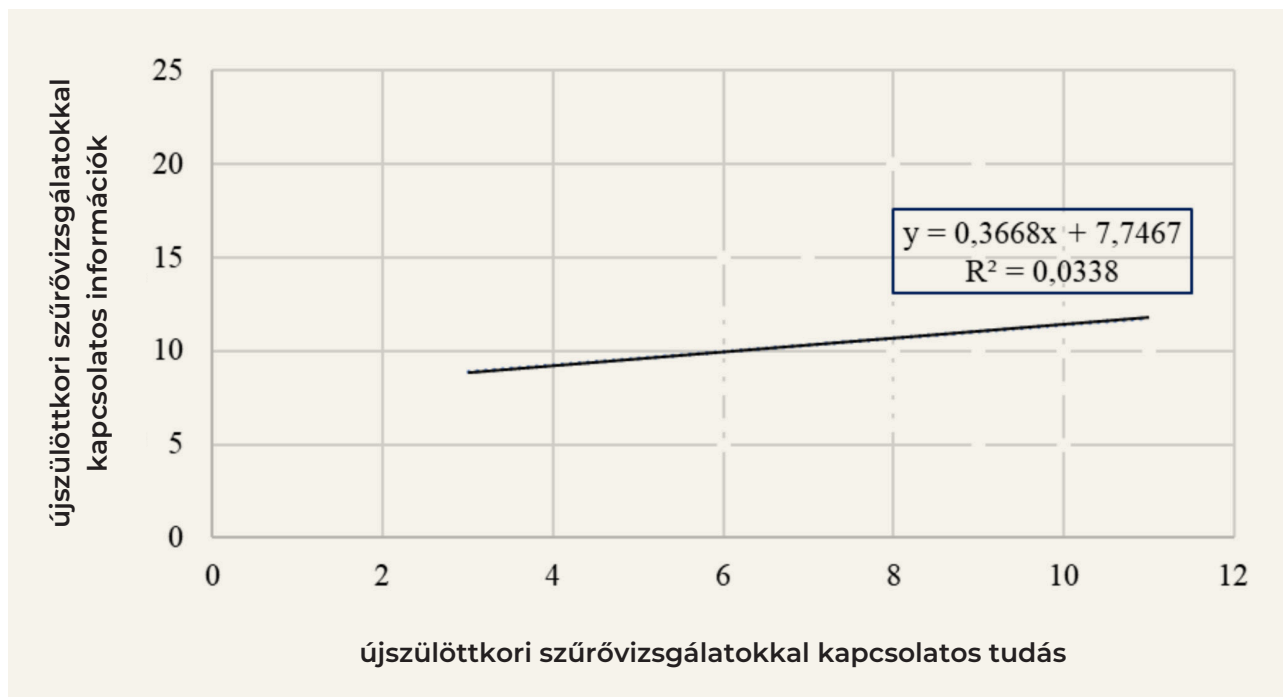


A 0–12 hónapos életkorban végzett szűrővizsgálatokról a házi gyermekorvosok 56%-ban teljes mértékben, 29%-ban jelentős mértékben, míg a védőnők 58%-ban teljes mértékben és 30%-ban jelentős mértékben nyújtottak tájékoztatást.

Feltételezésünk szerint a nagyobb mértékű szakemberi tájékoztatás magasabb tudásszinttel társul. A korrelációelemzés ezt igazolta: az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatás és a tudásszint között szignifikáns, pozitív irányú kapcsolat volt kimutatható ( $r = 0,238$ ;  $p = 0,029$ ) (**2. ábra**). Hasonló összefüggés igazolódott a csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében is ( $r = 0,224$ ;  $p = 0,041$ ).

A szakemberi tájékoztatás mellett vizsgáltuk a szülők egyéni tájékozódási aktivitását is. Az újszülöttkori szűrővizsgálatok iránt a válaszadók 19%-a teljes mértékben, 37%-a jelentős mértékben, 35%-a kismértékben, míg 9%-a egyáltalán nem tájékozódott. A csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében magasabb arányban jelent meg a teljes mértékű információkeresés (46%), míg a jelentős mértékű tájékozódás aránya hasonló maradt (35%). Az egyéni tájékozódás átlagértéke az elvégzett t-próba alapján nem mutatott szignifikáns különbséget az iskolai végzettség alapján sem az újszülöttkori ( $t = 0,841$ ;  $p = 0,201$ ), sem a csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében ( $t = 0,998$ ;  $p = 0,163$ ). Ugyanakkor az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudás és az egyéni tájékozódás között Spearman féle rangkorrelációs számítást követően a két változó között kapcsolat volt igazolható ( $r = 0,25$ ;  $p =$

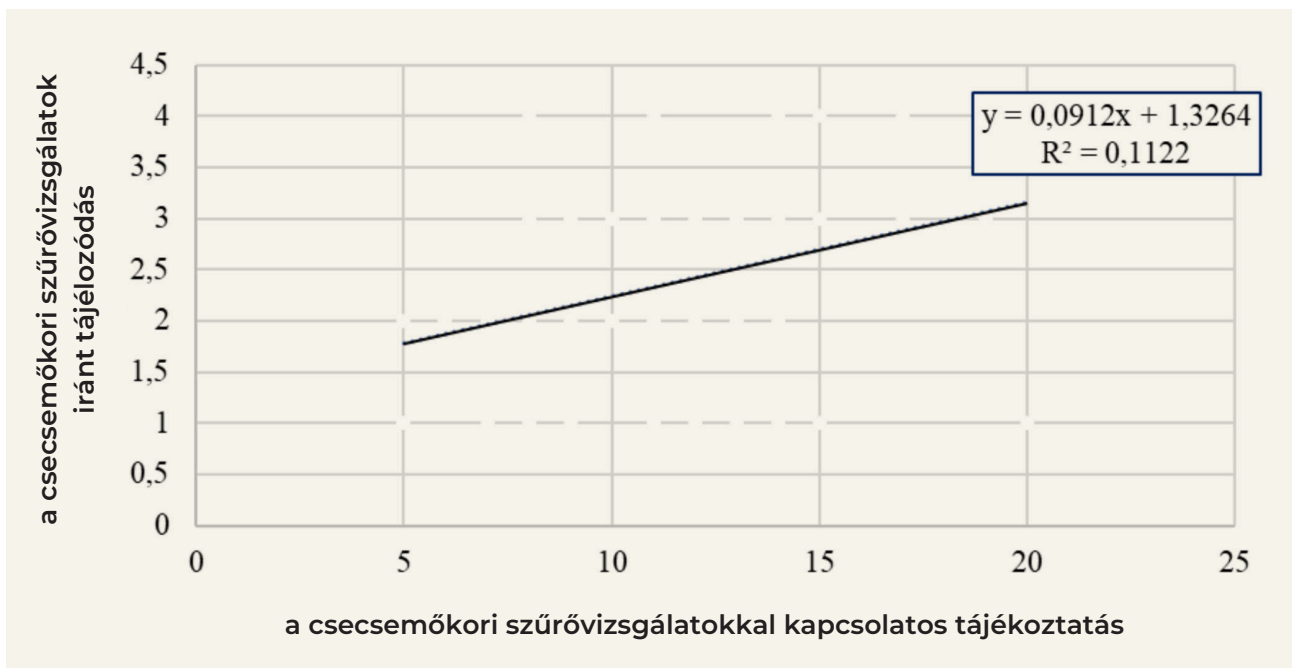
2. ábra: Az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal összefüggő tudás és az újszülöttkori szűrővizsgálatokhoz kötődő tájékoztatás kapcsolata (N=100)



0,022), míg a csecsemőkori szűrések esetében ilyen összefüggés nem igazolódott ( $r = 0,082$ ;  $p = 0,46$ ). A szakemberek által nyújtott tájékoztatás szignifikáns, közepes erősségű pozitív kapcsolatot mutatott az egyéni tájékozódással az újszülöttkori ( $r = 0,394$ ;  $p < 0,001$ ), illetve a csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében ( $r = 0,409$ ;  $p < 0,001$ ) (3. ábra).

A tájékozottság szubjektív megítélését vizsgálva az újszülöttkori szűrővizsgálatok kapcsán a válaszadók 5,9%-a érezte magát teljes mértékben, 32,7%-a jelentős mértékben, 47,5%-a kismértékben, míg 1%-a egyáltalán nem informátnak. A csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében kedvezőbb képet mutatott az önértékelés: 30,7% teljes mértékben, 49,5% jelentős mértékben, 12,9% kismértékben és 6,9% egyáltalán nem tartotta magát tájékozottnak.

3. ábra: A csecsemőkori szűrővizsgálatokhoz kötődő tájékoztatás és a csecsemőkori szűrővizsgálatok iránt tájékozódás kapcsolata (N=100)



A szubjektív tájékozottság mindkét életszakaszban szignifikáns összefüggést mutatott az iskolai végzettséggel (újszülöttkor:  $t=1,95$ ;  $p=0,027$ ; csecsemőkori:  $t=2,56$ ;  $p=0,006$ ). A felsőfokú végzettségű szülők magasabb önértékelt informáltságról számoltak be (újszülöttkor: felsőfokú  $M=2,39$ ; középfokú  $M=2,00$ ; csecsemőkori: felsőfokú  $M=2,39$ ; középfokú  $M=1,88$ ). A szakemberi tájékoztatás mértéke szintén pozitív, közepes

erősségű kapcsolatot mutatott a szubjektív tájékozottsággal (újszülöttkor:  $r=0,344$ ;  $p<0,001$ ; csecsemőkori:  $r=0,350$ ;  $p<0,001$ ). Az egyéni tájékozódás mértéke erőteljes pozitív összefüggést mutatott az önértékelt tájékozottsággal az újszülöttkori ( $r=0,436$ ;  $p<0,001$ ), és a csecsemőkori szűrővizsgálatok esetében ( $r=0,461$ ;  $p<0,001$ ).

## Megbeszélés

Vizsgálatunk célja a szülők újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismereteinek feltérképezése volt, valamint annak felmérése, hogy ezen ismeretek milyen mértékben függenek össze demográfiai jellemzőkkel. A kutatás további célja a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatás forrásainak, az egyéni információkeresés szerepének, valamint a szülők tájékozottságának szubjektív megítélésének vizsgálata volt.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a vizsgált populáció összességében jó szintű tudással rendelkezett az újszülöttkori és a csecsemőkori szűrővizsgálatok vonatkozásában, ugyanakkor hiányosságok is azonosíthatók egyes területeken.

Az újszülöttkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudásteszt eredményei azt mutatták, hogy a szülők többsége tisztában van a rutinszerűen végzett, fizikális jellegű vizsgálatokkal, valamint az antropometriai mérések jelentőségével. A fejkörfogat mérése, a tápláltsági állapot megítélése és a fejlődési rendellenességek szűrése a legnagyobb arányban ismert területek közé tartoztak. Ezzel szemben a veleszületett anyagcseré-betegségek szűrése, valamint egyes speciális vizsgálatok – például az érzékszervi szűrések – alacsonyabb ismertséget mutattak. Eredményeink összhangban állnak Ali és munkatársai Egyiptomban (Ali et al., 2024), valamint Hanna és munkatársai Brazíliában végzett vizsgálatának eredményeivel (Hanna et al., 2025). Ez arra utalhat, hogy ezek a szűrések kevésbé jelennek meg a szülők egészségügyi ismeretrendszerében, illetve a szakemberekkel folytatott kommunikáció során.

Figyelemre méltó eredmény, hogy a kötelező és nem kötelező vizsgálatok elkülönítése sem minden esetben volt egyértelmű a válaszadó-

ink számára. Bár a minta több mint fele helyesen azonosította a nem kötelező vizsgálatok közé tartozó elemeket, ez arra utalhat, hogy a szűrési rendszer struktúrája és jogszabályi háttere nem kellően ismert a szülők körében.

A csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek elemzése során hasonló mintázat rajzolódott ki. A szülők a gyakrabban végzett, általános állapotfelmérést és fejlődéskövetést szolgáló vizsgálatokat nagyobb arányban ismerték, míg az érzékszervi szűrések – különösen a látásvizsgálat – esetében alacsonyabb tudásszint volt megfigyelhető. Ez klinikai szempontból kiemelt jelentőségű, mivel ezen eltérések korai felismerése alapvetően befolyásolhatja a gyermek későbbi fejlődését és életminőségét. A csecsemőkori szűrővizsgálatok időpontjaira vonatkozó kérdés eredményei azt mutatták, hogy a szülőknek csak kis hányada (12,3%) rendelkezik teljes körű ismerettel a jogszabályban rögzített vizsgálati ütemezésről. Bár a válaszadók többsége több helyes időpontot is meg tudott jelölni, a teljes megfelelés aránya alacsony volt. Ez arra utal, hogy a szűrővizsgálatok rendszeres és strukturált kommunikációja a gondozási folyamat során nem kap kellő hangsúlyt.

Fontos megállapítás, hogy sem az iskolai végzettség ( $p > 0,05$ ), sem a lakóhely típusa ( $p > 0,05$ ), sem a családi állapot ( $p > 0,05$ ) nem mutatott szignifikáns összefüggést a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudásszinttel. Ez arra enged következtetni, hogy az ismeretek megszerzése elsősorban nem szociodemográfiai tényezők függvénye, hanem inkább az egészségügyi ellátórendszerben történő információátadás minőségéhez és következetességéhez köthető. Eredményeinkkel ellentétben több nemzetközi tanulmány is kimutatta az iskolai végzettség szerepét a szülők szűrővizsgálatokkal kapcsola-

tos tudásának alakulásában (Yin et al., 2024; Wilaiwongsathien et al., 2023; Alfayez et al., 2018). Az újszülött- és csecsemőkori időszak között markáns különbségek mutatkoztak a tájékoztatás forrásaiban. Míg az újszülöttkorban több szakember is részt vesz az információátadásban, addig a csecsemőkori egyértelműen a védőnő és a házi gyermekorvos válik dominánssá. Ez összhangban áll az ellátórendszer struktúrájával, ugyanakkor rámutat arra is, hogy az újszülöttkori vizsgálatokkal kapcsolatos információátadás esetében különösen fontos a kommunikáció egységessége.

A felmérésünk egyik jelentős eredménye, hogy a szakemberi tájékoztatás mértéke szignifikáns kapcsolatot mutatott a szülők tudásszintjével mindkét életszakaszban ( $p < 0,05$ ).

Nemzetközi kutatási eredmények is alátámasztják eredményeinket: a szakemberek aktívabb bevonása a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatásba növeli a szülők ismereteit (Hussein et al., 2022, Kasem et al., 2022; Krishnan et al., 2019; Mendes et al., 2017). Ez megerősíti azt a feltevélezt, hogy az egészségügyi szakemberek által nyújtott strukturált információ közvetlenül hozzájárul a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek bővüléséhez. Vizsgálatunkban ugyanakkor a korrelációk erőssége közepes volt, ami arra utal, hogy az információátadás minősége, érthetősége és időzítése legalább olyan meghatározó, mint annak mennyisége.

Kutatásunkban az egyéni tájékozódás szerepe szintén hangsúlyosnak bizonyult, különösen az újszülöttkori szűrővizsgálatok esetében, ahol a tudásszint és az információkeresés között szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ( $p < 0,05$ ). A csecsemőkori ennek hiánya ( $p > 0,05$ ) arra utalhat, hogy ebben az életszakaszban a szülők inkább a szakemberekre támaszkodnak, míg az önálló információgyűjtés kisebb szerepet kap.

Ez a gondozási rendszer stabilizálódásával magyarázható.

Érdeemes kiemelni a szubjektív tájékozottság és az objektív ismeretek közötti különbségeket. Bár a tudásszint nem mutatott összefüggést az iskolai végzettséggel ( $p > 0,05$ ), az önértékelt informáltság igen ( $p < 0,05$ ). A magasabb iskolai végzettségű szülők mindkét életszakaszban tájékozottabbnak ítélték meg magukat, függetlenül attól, hogy tényleges tudásuk nem volt szignifikánsan magasabb. Ez az eltérés rámutat arra, hogy az önértékelt informáltság nem feltétlenül tükrözi pontosan az objektív ismeretszintet; ebben szerepet játszhat az információfeldolgozás biztonságának szubjektív megélése. A szakemberi tájékoztatás ( $p < 0,05$ ) és az egyéni tájékozódás ( $p < 0,05$ ) egyaránt kapcsolatban állt a szülők önértékelt informáltságával. Ez arra utal, hogy a megfelelő mennyiségű és minőségű információ nemcsak a tudást bővíti, hanem erősíti a szülők kompetenciaérzését is, ami a szűrővizsgálatokkal való együttműködés szempontjából kiemelt jelentőségű.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a szakemberi tájékoztatás kulcsszerepet tölt be a szülők objektív tudásszintjének, az önértékelt informáltságuk alakulásában. A családoknak nemcsak az elvégzett szűrővizsgálatokról kell tudniuk, hanem arról is, hogy miért történnek azok és milyen következménnyel járhat, ha nem teszik meg azokat (Mendes et al., 2017). Az egészségügyi szakemberek edukációs szerepe, a szülés előtti tájékoztatás, valamint az életkorhoz és kulturális környezethez igazított kommunikáció kulcsfontosságú tényezők a szűrőprogramok hatékonyságának és társadalmi elfogadottságának további javításában.

A kutatás korlátja a nem valószínűségi, kényelmi mintavétel, valamint az online adatgyűjtés volt, amelyek szelekciós torzítást eredményez-

hettek, így a minta nem tekinthető reprezentatívnek a teljes kisgyermeket nevelő szülői populációra. További korlátozó tényező, hogy a válaszadók körében felülreprezentáltak voltak a magasabb iskolai végzettségű szülők, akik aktívabban használják az online közösségi felületet. Emiatt az eredmények általánosíthatósága korlátozott, és elsősorban a vizsgálatban részt vevő populációra értelmezhetők.

### **Következtetések**

Vizsgálatunk eredményei alapján megállapítható, hogy a szülők újszülött- és csecsemőkori szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretei összességében megfelelőek, azonban egyenetlenek, és elsősorban antropometriai mérésekre, a fejlődés megítélésére, fizikális vizsgálatokra koncentrálódnak. A kevésbé hangsúlyos, ugyanakkor hosszú távon meghatározó jelentőségű szűrések ismertsége alacsonyabb (pl. érzékszervi szűrések), ami célzott edukációs beavatkozások szükségességét veti fel. Kiemelt figyelmet kell fordítani a szűrések céljának, időzítésének és jelentőségének kommunikációjára, különösen az érzékszervi, valamint a ritkább, de súlyos következményekkel járó eltérések felismerését szolgáló vizsgálatok esetében.

A szülők szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékozottságának fejlesztésében a szakemberi tájékoztatás meghatározó tényező. A védőnők és a házi gyermekorvosok kulcsszerepet töltenek be ezen információk átadásában, ezért edukációs tevékenységük módszertani támogatása hozzájárulhat a szülői tudásszint növeléséhez, és végső soron a gyermekek egészségi kimeneteleinek javításához. Indokolt az általuk nyújtott tájékoztatás strukturálása, egységesítése, valamint ismételt megerősítése a gondozási folyamat során. Az információátadás nemcsak mennyiségi, hanem minőségi szempontból is meghatározó, különös tekintettel az életkorhoz igazított és érthető kommunikációra.

Eredményeink arra is rámutatnak, hogy a szülők önértékelt tájékozottsága nem minden esetben tükrözi a tényleges tudásszintet, ami hangsúlyozza az objektív és szubjektív informáltság együttes fejlesztésének fontosságát. A strukturált szakemberi tájékoztatás és az önálló információkeresés támogatása egyaránt hozzájárulhat a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos együttműködés javításához, ezáltal a korai felismerés és a megelőzés hatékonyságának növeléséhez.

---

### **Szerzői munkamegosztás**

**KI:** koncepció kidolgozása, szövegírás, statisztikai elemzés, szakértés, szerkesztés

**PA:** szakértés, kézirat véleményezése, irodalomkutatás

**KK:** koncepció kidolgozása, irodalomkutatás, statisztikai elemzés, szövegírás

A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincs a cikk témájával kapcsolt érdekeltsége.

---

## Felhasznált irodalmak

- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.nm> (látogatva: 2021. 11. 25)
- Abed, L. M. (2016) Knowledge and attitudes of mothers toward newborn screening test in Baghdad City. *Diyala Journal of Medicine*; 10(1): 66-74.
- Abud, A. A., & Raheem, W. (2022) Neonate Screening Test among Childbearing Mother Knowledge and Attitude. *Bahrain Medical Bulletin*; 44(4): 1199-1204.
- Alfayez, F. M., Alamir, M. A., Alnahwi, H. A., Aleid, D. M., Alsheef, H. J., & Alzakari, M. J. (2018) Maternal awareness and attitude about neonatal screening program in the eastern region of the Kingdom of Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*; 70(2): 265-272. doi: 10.12816/0043087
- Ali, H. I. M., Gamal Eldeen, A. A. A., & Younis, A. A. E. (2024) Knowledge and Attitude of Egyptian Mothers Regarding Neonatal Screening Tests for Metabolic Disorders and Hearing Loss. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*; 4(2): 143-158. doi:10.21608/ejnsr.2024.334340
- Al-Sulaiman, A., Kondkar, A. A., Saeedi, M. Y., Saadallah, A., Al-Odaib, A., & Abu-Amero, K. K. (2015) Assessment of the knowledge and attitudes of Saudi mothers towards newborn screening. *BioMed Research International*; 10(1): 1-6. doi:10.1155/2015/718674
- Altorjai, P., Fogarasi, A. & Kereki, J. (2015) *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*. 2. javított kiadás. Országos Budapest:Tisztifőorvosi Hivatal.
- Eiango, A., Jose, P., Kandasamy, R., & Kommu, P. P. K. (2025) Parental Perspectives and Experiences of Newborn Screening Program in a Tertiary Care Teaching Hospital: A Cross-sectional Study. *Journal of Neonatology*; 39(1): 78-87. doi:10.1177/09732179241258615
- El-Hattab, A. W., Almannai, M., Sutton. V. R. (2018) Newborn screening: history, current status, and future directions. *Pediatr Clin North Am*; 65(2): 389–405. doi: 10.1016/j.pcl.2017.11.013.
- Franková, V., Dohnalová, A., Pešková, K., Hermánková, R., O’Driscoll, R., Ješina, P., & Kožich, V. (2019) Factors influencing parental awareness about newborn screening. *International Journal of Neonatal Screening*; 5(3): 35-48. doi:10.3390/ijns5030035
- Hanna, K. F., Cremonesi, A. T. P., Torloni, M. R., & Ferreira, G. D. (2025) Knowledge, perception, and satisfaction of postpartum women about newborn hearing screening in two private Brazilian maternity hospitals. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*; (37) 2: 1-8. doi:10.1590/2317-1782/e20230326en
- Hussein, A. A. M., Doma, N. I., Zayed, D. A., Elsheikh, G. M. M. & Badawy, S. A. E. (2022) Effectiveness of a Screening Toolkit on Empowering Mothers about Neonatal Screening Tests for Metabolic Disorders and Hearing Defects. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*; 3(1): 1-22. doi:10.21608/ejnsr.2022.143369.1198
- IJzebrink, A., van Dijk, T., Franková, V., Loeber, G., Kožich, V., Henneman, L., & Jansen, M. (2021) Informing parents about newborn screening: a European comparison study. *International Journal of Neonatal Screening*; 7(1): 1-13. doi.org/10.3390/ijns7010013

- Kasem, A., Razeq, N. M. A., Abuhammad, S., & Alkhazali, H. (2022) Mothers' knowledge and attitudes about newborn screening in Jordan. *Journal of Community Genetics*; 13(2): 215-225. doi.org/10.1007/s12687-021-00572-x
- Krishnan, L. A., Van Hyfte, S., & Richards, K. A. R. (2019) Newborn hearing screening: early education= more satisfied mothers. *American Journal of Audiology*; 28(3): 617-627. doi:10.1044/2019\_AJA-19-0007
- Mendes, C. A., Guigen, A. P., Anastácio-Pessan, F. D. L., Dutka, J. D. C. R., & Lamônica, D. A. C. (2017) Knowledge of parents regarding newborn screening test, after accessing the website "Babies' Portal"-Heel prick test. *Revista Cefac*; 19(4): 475-483. doi:10.1590/1982-021620171949616
- Tulassay, T. (2023) *Klinikai gyermekgyógyászat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Tong, F., Wang, J., Xiao, R., Wu, B. B., Zou, C. C., Wu, D. W., Zhang, Y. (2022) Application of next generation sequencing in the screening of monogenic diseases in China, 2021: a consensus among Chinese newborn screening experts. *World J Pediatr*; 18(4): 235-242. doi: 10.1007/s12519-022-00522-8.
- Yin, X., Wang, P., Cen, Z., Yu, Z., He, Q., Wu, B., & Huang, X. (2024) Parental awareness and perspectives on newborn screening in China: a questionnaire-based study. *BMC Medical Ethics*; 25(1): 140-148 doi:10.1186/s12910-024-01145-6
- Wilaiwongsathien, K., Wattanasirichaigoon, D., Rattanasiri, S., Aonnuam, C., Tangshewinsirikul, C., & Tim-Aroon, T. (2023) Parental awareness, knowledge, and attitudes regarding current and future newborn bloodspot screening: The first report from Thailand. *International Journal of Neonatal Screening*; 9(2): 25-36. doi:10.3390/ijns9020025



Mező Melinda <sup>1</sup>  
pszichológus

## A gyásztámogatás lehetőségei a gyermek palliatív-hospice ellátás vonatkozásában

### Grief support options for children in palliative-hospice care

Kapcsolattartó szerző:  
Mező Melinda  
Levelezési cím:  
Tábitha Ház, 2045 Törökbálint,  
Bartók Béla utca 21.  
mezo.melinda@tabitha.hu  
Tel.: 06 30 749-1967

<sup>1</sup>Tábitha Ház, 2045 Törökbálint, Bartók Béla utca 21.

#### Absztrakt:

A jelen áttekintés célja, hogy hozzájáruljon a palliatív-hospice ellátás egyik központi elemének, a pszichés támogatásnak, ezen belül a gyásztámogatásnak alaposabb megismeréséhez és gyakorlatának lehetséges kialakításához, gyermekek ellátása esetén.

Az alábbiakban részletesen olvashatunk a gyásztámogatás különböző formáiról, a megelőző, a halál körüli és a halál utáni gyász időszakáról, a gyászelméletek és kutatások alapján.

**Kulcsszavak:** hospice-palliatív ellátás; gyász; gyermek; halál; pszichés támogatás

#### Abstract:

The purpose of this review is to contribute to a more in-depth understanding of one of the central elements of palliative-hospice care, psychological support, including bereavement support, and to the possible development of its practice in the case of children.

Below, we can read in detail about the different forms of grief support, the period of grief before, around and after death, based on grief theories and research.

**Keywords:** hospice-palliative care; grief; child; death; psychological support

## Bevezetés

A gyermekvesztés miatti gyász egy egyetemes és természetes folyamat, válaszul a személyes veszteségre. Nehéz és elszigetelő érzés, a családok többnyire magukra maradnak gyermekük halála után.

Jelen kultúránk tabuként kezeli a gyászt és a halált, főleg, ha egy gyermekről van szó. A családban semmi máshoz nem fogható rettegést és szorongást jelent a gondolat, hogy szeretett gyermekünk meghalhat.

A palliatív-hospice ellátásban kiemelt fontossága van a lelki terhek enyhítésének. A sokrétű, multidiszciplináris és holisztikus gyásztámogatás jóval a halál előtt kezdődik, a megelőző gyász időszakában, és a gyermek halála után is folytatódik, az egyes családok sajátos, egyedi szükségletei alapján. A folyamat áttekintésében segítséget jelent a gyászelméletek és azon kutatások eredményeinek ismerete, amelyek megpróbálják értelmezni a gyász jelenségét és ezzel hozzájárulnak a súlyos betegek és gyászolók megfelelőbb támogatásához (Schuelke et al., 2020).

Célunk, hogy az Olvasó számára átfogó képet adjunk a gyermek elvesztése miatti gyász legfontosabb területeiről, valamint a támogatás különböző lehetőségeiről.

## Pszichoszociális támogatás

A pszichoszociális támogatás a palliatív-hospice ellátás részeként, az életvég speciális helyzetében vizsgálja, illetve kezeli a betegség alakulását kísérő lelki történéseket.

Az egészségügyi intézmény team-tagjai felelősek a betegek és hozzátartozóik pszichoszociális ellátásáért, melyben képesnek kell lenniük az érzelmileg támogató kommunikációra, a distressz felismerésére, különböző pszichés tünetek észrevételére. A terminális állapotú betegek és

családjaik súlyos lelki megterhelésen mennek keresztül, ezért gyakran előfordul a szorongásos és depresszív tünetek megjelenése. Az életvégi pszichológiai támogatás a hospice-palliatív ellátás fontos része. Célkitűzése, hogy a haldokló betegnek és családjának erőforrásait mozgósítsa, csökkentse a tüneteit, és segítse a kommunikációt az egészségügyi team és a család között. Feladata az aktivitás és örömkészség fenntartása, a támaszadó, empatikus jelenlét, mely segíti az érzelmek kifejezését. Támogatás az életút áttekintésében, életmérleg készítésében, befejezetlen ügyek intézésében. Sokszor a fájdalom, a hányinger háttérében pszichogén összetevők is állnak, mint a harag, a félelem, a bűntudat, a szomorúság. Fel kell mérni, hogy a páciens és a család hogyan áll a betegséghez, milyenek a megküzdési stratégiáik (Csikós, 2022).

Különösen nehéz és összetett feladatot jelent a pszichoszociális támogatás, ha gyermekekről van szó.

## Az életvégi időszak pszichológiai szempontból kiemelt területei

A következőkben áttekintjük az életvégi időszak jelentősen megterhelő krízisében kiemelten fontos területeket. Ebben az időszakban a betegség súlyosbodása, a megterhelő kezelések, a testi állapotuk és szociális helyzetük változása erős lelki megterhelést eredményeznek a beteg gyermekekben, ezért sok családnak szüksége van pszichoszociális támogatásra. Elizabeth Kübler-Ross svájci pszichiáter megfigyelte a haldokló betegek lelki folyamatait, szükségleteit, amelyek ismerete segítséget jelenthet az ellátó team számára a pszichés gondozásban.

### **A kommunikáció szerepe**

A beteg és családja számára érzelmileg a legmegterhelőbb időszakot jelentik: a diagnózis közlése, a kezelések alatti időszak, az éves kontrollok, az áttétek megjelenése, a palliatív szakasz és a haldoklás. Az életvégi veszteségek még erőteljesebbek: az egészség, a kontroll, a testkép, a szerepek, a kapcsolatok, a fizikai fájdalom, az energia lassan elvesznek, a kommunikáció beszűkül, megnehezedik. A gyermekek súlyos betegségekre, gyászra adott reakciója sok tekintetben más, mint a felnőtteké. Nincsenek egyértelmű jelei, az érzelmeiket pedig nem mindig tudják kimutatni és sokszor nem is értik, hogy mi zajlik körülöttük. A gyermeki halálkép sajátosságai korosztályonként változnak a kognitív fejlődés különböző szintjeinek megfelelően. A kisebbek (2-5 évesek) még mágikus módon, az 5-9 évesek a halál megszemélyesítésével („a kaszás”), a nagyobbak (9-12 évesek) már egyre realiztikusabban (a felnőttekhez hasonlóan) értelmezik az elmúlást. Velük kapcsolatban még hangsúlyosabb a nyílt kommunikáció használata, engedhetjük, hogy a gyermek is kifejezze érzéseit, részt vegyen a gyászban. Kérdéseire az életkorának megfelelő szinten válaszolhatunk. Támogathatjuk a kisebbeknél a nonverbális érzelemkifejezést, játékkal, festéssel, bábozással stb. Fontos, hogy segítsük a megküzdésben, hallgassuk meg, figyeljünk rá, legyünk támogatóan mellette. Meghatározó fontosságú a kapcsolat a beteg gyermek és családja, valamint a kezelőorvos között. Az orvosi kommunikáció színvonalának döntő szerepe van, különösen akkor, amikor nincs lehetőség a gyermek aktív gyógykezelésére, és a palliatív kezelés kerül az ellátás fókuszába (Földesi et al., 2020). A team összes tagjának egymás közötti kommunikációja is rendkívül fontos, az információk átadása a beteg és a családja számára

meghatározó jelentőségű a későbbi gyász folyamat szempontjából (Schuelke et al., 2020).

Megállapították, hogy a beteg gyermek és szülei különböző mértékben igénylik az információkat a betegség lefolyása alatt. A szülők és gyerekek részéről az elvárás az őszinte, érzékeny, empatikus és reménnyel teli kommunikáció. Az ehhez közelítő kommunikációtól a szülők megnyugszanak, megélhetik, hogy elfogadják őket és vigasztalást kapnak, ezáltal nagyobb mértékű lehet az orvosba vetett bizalmuk (Sisk et al., 2018).

### **Halálfélelem, distressz, szorongás oldása**

A daganatos betegek körében tapasztalható pszichoszociális distressz fogalmát Jimmie C. Holland dolgozta ki az 1970-es években. Munkatársaival megfigyelték, hogy a rákos betegek a betegségükre különböző pszichés reakciókat mutattak, mint pl.: hangulatingadozás, szorongás, evés- és alvászavar.

A rosszul kezelt szorongás az élet vége felé az egyik leggyakoribb és legaggasztóbb szenvedési tünet. Egyes serdülők és fiatal felnőttek annak tudatában szeretnének felkészülni a halálra, hogy hogyan fognak meghalni (pl. fokozatosan egyre fáradtabbá válnak), ez a tudás csökkentheti a szorongást, míg másokban növelheti. Bizonyos fiatalok tagadják állapotuk súlyosságát, ami viszont ronthatja a megküzdési képességeket, és megnehezítheti félelmeik és szorongásaik megfelelő kezelését.

Vannak, akik saját félelmeik mellett, szeretteik miatt aggódnak, hogy hogyan fognak megbirkózni a halálukkal, és emiatt nem tudják kifejezni nyíltan szorongásukat. A szorongást oldja a nyílt, őszinte kommunikáció a betegséggel kapcsolatos információkról, illetve a gyermekek bevonása az orvosi döntéshozatalba. A fájdalom kifejezése és a szenvedéssel kapcsolatos attitűdök olyan tényezők, amelyek különbözőképpen

befolyásolják a gyermek szorongását (Schuelke et al., 2020). A pszichés támogatás feladata a halálfélelem formáinak felismerése és oldása, terápiás beszélgetés, relaxációs, imaginációs, meditációs technikák alkalmazása (Csikós, 2022).

### **A spirituális dimenzió fontossága**

A palliatív ellátás holisztikus szemléletében fontos szerepe van a szenvedés spirituális aspektusának is, amelyben az élet-halál és a hit kérdései vannak fókuszban. A spiritualitás tágabb fogalom a vallásosságnál, az élet célját és végső értelmét kereső viselkedést és a lét transzcendentális dimenziójával való kapcsolatot kutatja. Minden létezésnek van spirituális dimenziója, és a halálhoz közelebb kerülve előkerülnek az élet végső kérdései. A beteg spirituális állapota pozitív és negatív irányba befolyásolhatja a beteg érzetét a fájdalom, a szorongás, a megküzdési stratégiák, az életminőség terén. A spirituális dimenzió felmérésével azonosíthatók a beteg erőforrásai, szükségletei és szenvedései a palliatív ellátásban. Felmérése már önmagában megnyugtató a betegnek, hiszen tapasztalja, hogy nem hagyjuk egyedül (Busa, 2022).

### **A gyász folyamat jellemzőinek áttekintése**

#### **Gyászelméletek szerepe**

A gyászelméletek ismerete a gyász folyamat jobb megértéséhez járulhat hozzá, így a gyászolók támogatása megfelelőbb szinten történhet. A gyászra vonatkozó elméleti alapok kidolgozása több tudós nevéhez fűződik. Freud alkotta meg a gyázmunka, a normál- és patológiás gyász fogalmát, Lindemann vezette be az anticipációs gyász kifejezést és Bowlby szakaszelméletet dolgozott ki (Wright et al., 2008). A legismertebb Elizabeth Kübler-Ross modellje, melyet alapvetően a haldoklás pszichés szaka-

szainak áttekintésére használnak, mint a tagadás és elszigetelődés, a harag, az alkudozás, a depresszió és az elfogadás (Kübler-Ross, 1988). A hazai szakirodalomban gyakran használatos a Pilling János által megalkotott anticipációs gyász, sokk, kontrollált szakasz, depresszió, átdolgozás, adaptáció szakaszainak elkülönítése (Pilling, 2012).

Jelenleg a gyász szakaszokra osztása helyett azok a modellek az elterjedtebbek, mint Stroebe és Schut megküzdésorientált kettős folyamat-elmélete, melyben a gyásszal való megküzdés dinamikus folyamat, alapja a kognitív stresszelmélet. A szakember feladata, hogy az oszcillációt támogassa a veszteségorientáció és a helyreállítás-orientáció között. Neimeyer jelentéskonstrukciós elmélete a jelentésalkotási folyamatot helyezi középpontba, melyben az ember jelentésalkotó. A központi fogalomként megjelenő narratívák az életünknek struktúrát adnak. Lényegesek továbbá Hogan, Tedeschi és Calhoun növekedéselméletei, melyek a veszteséget követő, fejlődésre fókuszáló modellek (Csikós et al., 2015).

A komplikált gyász jellemzője, hogy eltér a normál gyáosztól az időtartamában (krónikus, késleltetett), intenzitásában (bagatellizáló, hipertrófiikus), megnyilvánulásában (torzult), valamint, mert szomatikusan vagy pszichésen szokatlan tünetek jelennek meg. Komplikált gyászra hajlamosítanak a váratlan veszteségek, túlzott kötődés a halotthoz (dependencia), ambivalens érzések a halottal kapcsolatban, gyermek, fiatal halála, feldolgozatlan korábbi veszteségek, erős szakos halál, rossz testi-lelki egészség. Komplikált gyász esetén gondolnunk kell arra, hogy a gyászban jelentkező depresszív tünetek és a súlyos depresszió elkülönítése fontos a támogatásban (Pilling, 2012).

## A haldoklás pszichés fázisai

Elizabeth Kübler-Ross leírta, hogy az életvégi beteg jellegzetes, megkülönböztethető pszichés szakaszokat él át, a halálhoz vezető úton. Ezek a stádiumok a hozzátartozó is keresztülmegy. A stádiumok ismerete segít a pszichés támogatásban, a beteget meghallgatva, megfigyelve meg tudjuk állapítani, melyik stádiumnál tart, ennek megfelelően kell az egyéni támogatást nyújtani számára (Csikós, 2022).

**1. Tagadás és elszigetelődés:** Az első fázis az elutasítás, a személy nem fogadja el a valóságot (tudatosan vagy öntudatlanul). Kulcsmondattal hárít: „Ez nem lehet igaz!” ami védelmi mechanizmusként történik. A megfelelő támogatás, ha nem erőtletjük a betegséggel való szembenézést, ehhez a betegnek még időre van szüksége. Fontos az együttérző kommunikáció és az információ többszöri ismétlése, ezzel az alkalmazkodás segítése.

**2. Harag:** Ismeretei bővülésével a beteg belátja, hogy állapota súlyos, viselkedése megváltozik, haragot és dühöt érez, tehetetlenségében önmagát vagy másokat, Istent hibáztatja. „Miért éppen velem történik mindez?” A támogatóknak könnyebb kezelni, ha tudják, hogy az indulat nem ellenük szól, az érzelmek elismerése, normalizálása segíthet.

**3. Alkudozás:** Ebben a szakaszban a beteg keresi az okot, miért kell meghalnia, alkudozni kezd, felajánlásokat tesz, melyek a megváltozására, megjavulására irányulnak. A realitás és remény harcol egymással. Támogatás lehet számára, ha a rövid távú célokat hangsúlyozzuk, az életminőségre koncentrálunk.

**4. Depresszió:** Az életút áttekintése az élet lezárását is jelenti, további lehetőségeket nem lát maga előtt, a reménytelenség szomorúvá teszi. A depresszió másik oka a halállal való szembenézés nehézsége. A családnak ez az időszak na-

gyon nehéz, lehetővé kell tenni, hogy minden családtag kifejezhesse nehéz érzéseit, félelmeit, engedjük meg a sírást, szomorúságot.

**5. Elfogadás-belenyugvás:** A beteg egyre többet gondol a halálra, elfordul az élettől, fáradt, gyenge, nyugalomra vágyik. Szavak helyett előtérbe kerül a metakommunikáció, a csendes jelenlét. A legtöbben ebben a szakaszban már felkészülten várják a halált (Csikós, 2022).

A fázisok néha eltolódhatnak, kimaradhatnak, cirkulálhatnak, lehet, hogy a tagadás újra megjelenik, aminek a követése a hozzátartozó részéről nehézséget jelent. A stádiumok eltérhetnek a hozzátartozónál, erre a team tagjainak figyelemmel kell lenniük. Fontos, hogy a segítő szakember az adott stádiumhoz alkalmazkodva adjon támogatást (Csikós, 2022).

## Pilling János gyászelméleti modellje

A normál gyász „a veszteség által kiváltott reakciók, magatartási formák együttese” (Pilling, 2012) természetes, egyetemes jelenség, de azt is tudjuk, hogy mindenkinél egyedi formát ölt, tehát személyes is egyben. Mindegyikünk átél veszteségeket, mint például a munkahely elvesztése, szakítás, nyugdíjazás stb., de a legfájdalmasabb érzés és veszteség egy szeretett személy halálakor ér bennünket. A gyász egyéni jellegzetességeit meghatározza a gyászoló kora, neme, személyisége, pszichés státusza, kulturális-családi mintái, más befolyásoló tényezők, mint a halál módja, az elhunytal való kapcsolat jellege, a szociális környezet. Körülbelül egy évig tart az aktív szakasza.

A gyász szakaszai Pilling János modelljében:

**0. Az anticipációs gyász:** Életveszélyes állapotban lévő emberek (hosszabb időn át haldokló betegek) hozzátartozói már a haláleset előtt sokszor foglalkoznak a halál lehetőségével, a veszteség átélése már a haláleset bekövetkezte

előtt megkezdődhet. Ez általában megkönnyíti a halál tényleges bekövetkezésének elviselését, de esetenként a haldokló és a hozzátartozó között olyan mély kapcsolatot hozhat létre, amely megnehezíti a gyász feldolgozását.

**1. Sokk:** A halálhírré adott első reakció nem az azonnali szomorúság, hanem jellemzően a hitetlenség, bénultság, üresség, de előfordulhatnak kontrollálhatatlan érzelmkitörések is. Néhány perctől, néhány napig tarthat.

**2. Kontrollált szakasz:** Tudatosulnak a teendők, a gyászoló adaptív tevékenységmódra vált át, ügyintézés stb., emiatt érzelmeit elfojtja, a világot álomszerűnek érzékeli (derealizáció), mintha mással történnének a dolgok (depresszionalizáció). Erős érzelmek (düh, vádaskodás, bizalmatlanság) jelenhetnek meg. A szakasz általában a temetésig tart.

**3. Tudatosulás:** A hiány megélése a mindennapok szintjén is jelen van. Ez a gyász legösszetettebb szakasza. Az érzelmek szinte elárasztják a gyászolót: megkönnyebbülés, magány, kiüresedtség, félelem, szorongás és a harag, a depresszió – sokszor kontrollálhatatlannak tűnő módon. A harag a saját személyére is irányulhat önvád, büntudat formájában. A kogníció szempontjából az elhunytal való emlékek, gondolatok intruzív jelleggel jelennek meg. Gyakoriak és természetesek a percepció zavarok, amikor a gyászoló érzékeli a halott jelenlétét, megjelenhetnek akusztikus vagy vizuális hallucinációk az elhunytal kapcsolatban. Átmenetileg csökken az örömeire való képesség, az örömteli élmények is dühöt jelentenek, hiszen ezeket a halott már nem élheti át. Jellemző a szociális kapcsolatoktól való visszahúzódás is. Az időszakot kettősség jellemzi: igény van az elhunytal való kapcsolatra, illetve a vele kapcsolatos elkerülő magatartás is megjelenik, szomatikus distressz tünetei jelentkezhetnek.

**4. Átdolgozás:** Jellemzően nem különül el az előzőtől, hullámozó a lefolyása. A fő változás, hogy a kontrollálhatatlan emlék- és érzelmfolyamatok helyett már a tudatosabb emlékezés jellemzi. A tünetek intenzitása csökken, a racionális elfogadás mértéke nő. Hullámozó lefolyású a hónapok, az ünnepek megélése az elhunyt nélkül, melyben az évfordulók átmenetileg újra felerősíthetik az érzéseket.

**5. Adaptáció:** A gyászoló képessé válik a saját életének folytatására, alkalmazkodva a megváltozott helyzethez. Erősödik a szelfintegritáció. A gyászoló képes erősebb fájdalom nélkül emlékezni, beszélni az elhunytáról. Az elhunyt, már nem külső létezőként, hanem belső alaként gondol (Pilling, 2012).

#### Életkori sajátosságok a gyászban

A gyásztámogatás szempontjából releváns a gyászoló életkora is. A gyermek, a serdülő, és a felnőtt ember is másképpen gyászol.

#### Gyermekek gyásza, halálképe

A gyermekek is átélnek a gyászt és egyedi módon reagálnak az őket ért veszteségre. Vannak hasonlóságok és különbségek is a felnőttek gyászához képest (Kiss et al., 2015). A veszteség már a preverbális korban is megélhető, csak a megfogalmazhatatlanság miatt nem tud narratívába rendeződni, így később tüneteket okozhat; a gyerekek 3 éves kor alatt nem értik meg a visszafordíthatatlanságot. Óvodáskortól kezdenek a gyermekek gondolkodni a halálon, és ekkor még a mágikus gondolkodás a jellemző. A 2-5 éves kisgyerekek a halált az elutazáshoz hasonlóan átmenetinek hiszik (visszajön a sírból), főleg a külső jegyekre (pl. mozdulatlanság, alváshoz való hasonlóság, elutazás) figyelnek. Az animista felfogásban a halál nem irreverzibilis, az álommal, elutazással analóg. Van, hogy

csak átmenetileg hal meg valaki. A büntudat előjöhet: pl. haragudtam rá és ezért halt meg. A mágikus gondolkodás mellett a kommunikáció a fontos dolgokról, főként játékon keresztül fejeződik ki, ezért a nonverbális technikák használata ajánlott. 5-9 éves kor körül jelenik meg a halál megszemélyesítése (perszonalifikáció), amikor a halál konkrét személyként jön el, mint „a Kaszás”. A perszonalifikáció fázisában már értik a halál tényét, az élő és a halott elkülönül, de mert ez félelemmel jár, egyszerűbb egy személyre kivetíteni. Ez már a konkrét műveleti gondolkodás szakasza. Jellemző a nyitás a kortársak felé, de itt még az önbizalom fő forrását a szülők jelentik. Megjelenik a félelem attól, hogy az agresszív gondolatok, szavak és kívánságok valódi hatással lehetnek másokra, ami a halál miatti büntudat megjelenése miatt fontos. A halál biológiai visszafordíthatatlanságát 9 éves kortól értik meg, ilyenkor a biztonságérzet rendítheti meg a veszteség (pl. szeparációs szorongás formájában). Nagyjából 10 éves kor körül a gyerekek halálképe már hasonlít a felnőttekéhez. Ebben az úgynevezett realista szakaszban már megértik, hogy a halál a test működésének végleges, visszafordíthatatlan megszűnését jelenti. 12-14 évesen megjelennek a pubertáskori fiziológiai változások. A gondolkodásban a formális műveleti szakasz jellemző, amelyben már érti az absztrakt fogalmakat és képes összetett szimbólumokban gondolkodni a gyermek. A szülőkről való leválás kezdeti lépései: a dependencia és függetlenség ambivalenciája jellemzi. A kortársak általi elfogadás, kortárs csoportok szerepe fontossá válik. A kíváncsi az lehetne, ha a szülők már akkor beszélnének az elmúlásról, amikor nincs még krízishelyzet. Ha ilyen élethelyzet adódik, akkor a gyermek értelmi szintjének és kíváncsiságának megfelelő nyílt és őszinte kommunikáció nagyon fontosá

válik. A gyermekkori gyász kapcsán nem tudjuk megóvni őket minden veszteségtől, nem helyes eltitkolni és tabusítani a halált, hanem inkább segíteni kell a megtörténtek elfogadásában (Simkó, 2009). A 15-17 éveseknél jellemző a kortárs kapcsolatok fontossága, folyamatban van a leválás a szülőkről, a fiatalok képesek az empátiára a családtagok szükségleteivel kapcsolatban, de a korlátozás és a túlzott családi elvárásokkal szemben lázadnak. A serdülők a gyász szempontjából nehezebb időszak, bár maga a tinédzserkor sem egyszerű, hiszen normatív krízist jelent, melynek központi témái az önállóság, a szülőktől való elszakadás, az identitáskeresés, az élet-halál kérdései. Ha ehhez az egyébként is megterhelő időszakhoz még egy veszteség miatti gyász is társul, az különösen nagy lelki terhet jelenthet (Sisk et al., 2018).

### **Nemi különbségek a gyászban**

A jelenlegi áttekintés témája miatt, a hatékony családtámogatás szempontjából figyelembe kell venni a szülők közötti különbségeket a gyászfolyamat tekintetében.

A kutatások szerint más érzések dominálnak a nők és a férfiak gyászában: a nők erősebben élik át a szomorúságot és a büntudatot, a férfiaknál erőteljesebb a düh, a szorongás és a félelem a kontroll elvesztésétől. A gyászfeldolgozás módja is eltérést mutat, mert a nők általában keresik az emberi kapcsolatok általi segítségnyújtást és természetesebben beszélnek az érzéseikről, a férfiak viszont jellemzően magányosan gyászolnak. A nemi szerepekkel összefüggésben a férfiak általában hajlamosak a veszteséget intellektualizálni, úgy gondolják, hogy erősnek kell lenniük és oltalmazniuk kell a családot. Figyelmüket így a tevékenységekre fordítják, ami családi konfliktusokat okozhat, mert az anya ezt a viselkedést érzelemmentességnek tarthatja.

A férfiakra kettős elvárás nehezedik, hogy egyszerre legyenek erősek és fejezzék ki érzéseiket. Úgy tartották, hogy jobb lenne elkülöníteni a férfiak kognitív, magányos, kontrollra és cselekvésre törekvő gyászát és a nők érzelmi és szociális gyászfeldolgozását, ugyanakkor mindkettő egyformán természetes reakció.

A szakirodalom ma nem használja a „férfi gyász” és a „női gyász” kifejezéseket, mert rámutattak arra, hogy ezek a magatartásminták nem általánosan érvényesek. Ezért ma a gyász nem különbségeit egy spektrum-modellel írják le, amelyben a spektrum egyik végén a „kognitív – magába zárkozó”, a másik végén pedig az „érzelmi – társas” gyászfeldolgozási mód áll (Pilling, 2012).

### **Gyásztámogatás és formái: az egyéni gyásztámogatás, családtámogatás, gyászcsoporthatósága**

A gyásztámogatás ideális esetben már a diagnózis közlésekor megkezdődik, és folytatódik a betegség folyamán végig, a halál idején és azon is túl, ameddig csak szükséges és a gyászoló család igényt tart rá. Biztosítani kell a támogatást a hozzátartozók, a gondozók és minden olyan személy számára, akit a gyermek betegsége és halála érint. A testvérek támogatása a gyermekgyógyászati palliatív gondozás integráns része. A normál gyászfolyamattal az emberek nagy része képes megbirkózni, nem igényel professzionálisellátást. Apalliatív-hospiceellátásorán a betegek és a családtagok hosszú ideig tartó súlyos lelki megrázkódtatásoknak vannak kitéve, ezért a komplikált gyász kialakulásának valószínűsége is nagyobb lehet. A palliatív ellátás fontos része a gyásztámogatás, hiszen már maga a páciens is a betegség folyamatában sok veszteséggel küzd, mint például az egészsége, a szerepei, a testképe, az egzisztenciája stb. elvesztésével.

A gyász összetettsége és az egyéni szükségletek miatt a gyásztámogatásban a gyásztanácsadó, a pszichológus, a pszichiáter, a pszichoterapeuta, a mentálhigiénikus, a lelki gondozó, a szociális munkás részvételére is szükség lehet (Csikós, 2022).

A gyásztámogatás formái így sokfélék lehetnek az önségítéstől a professzionális ellátásig. Az önségítés (könyvek, internet, filmek) egyéni és csoportos formában (közösségi támasznyújtó klub) is történhet. Másik forma lehet a gyásztanácsadó vagy pszichológus vezette egyéni konzultáció, illetve a gyászcsoporthatósága.

A gyászcsoporthatósága olyan, általában kéthetente szervezett, összesen tíz alkalomból álló, strukturált szupportív terápiás feladatokra épülő csoport, amelyben a cél a traumafeldolgozás elindítása, a normatív gyászfolyamat kísérése és az esetleges komplikált gyászfolyamat kiszűrése. A csoportot javasolni lehet azoknak a gyászolóknak is, akik előzőleg egyéni gyászfeldolgozásban vettek részt. A csoport a gyászidőszak aktív szakaszát öleli fel. A csoportösszetétel eldöntésére minden esetben pszichológussal történő, egyéni első interjú javasolt. A csoport segíthet a magány és a fájdalom megélésében, csillapításában, az érzelmek, gondolatok kifejezésében, megosztásában, amelyben a közösség támogató ereje megtart és oldja a magány érzését (Mező, 2022). A támogatás egyéni vagy csoportos pszichoterápia formájában történhet, komplikált gyászfolyamat esetén egyéni formában zajlik. Gyermek elvesztésekor pár-, illetve családterápia lehetősége is ajánlott. A pszichoterápia gyógyszeres kezeléssel is kombinálható, ami súlyos depresszióval, illetve szorongással küzdők támogatásában lehet indokolt (Csikós, 2022).

### **A megelőző (anticipációs) gyász időszakában történő támogatás**

Ha a haláleset előre látható (gyógyíthatatlan, daganatos betegség esetén), a hozzátartozók már a haláleset előtt foglalkoznak a hamarosan bekövetkező halállal, így ez hatással van rájuk, ami általában segíti, ritkábban azonban akár akadályozhatja is a gyászfeldolgozást (Pilling, 2012).

A család életében a gyászfolyamat már az életet korlátozó állapot diagnózisának kimondásával elkezdődik. A normális gyermekkor reménye megszűnik, mivel a gyermek megterhelő vizsgálatokkal, kezelésekkkel és eljárásokkal szembesül. A családnak szembe kell néznie az anyagi biztonság, a fizikai jólét, a hit, a mentális egészség elvesztésével. Ezek a másodlagos veszteségek fokozzák a gyermek kórházi kezelésének stresszét. Ha a palliatív team ekkor be tud lépni a család életébe, az a gyásztámogatás szempontjából nagyon előremutató lehet, mert több időt biztosít a betegség útja során felhalmozódó veszteségek kezelésére. Ha segítünk a családoknak korán kialakítani a megküzdés kereteit, az szilárd alapot nyújthat az előttünk álló nehezebb pillanatokhoz. A családok néha nem ismerik fel, hogy nehéz érzelmeik a mögöttes veszteségnek tulajdoníthatók. Ezeknek a veszteségeknek a megnevezése új perspektívát nyújthat. A megküzdésnek ez az alapja elősegítheti a tisztább gondolkodást abban az esetben, amikor eljön az ideje a komplex orvosi döntéshozatalnak vagy az előzetes ellátástervezésnek (Schuelke et al., 2020).

A családok gyakran aggódnak amiatt, hogy az orvosi csapat felfüggeszti az ellátást, amikor a gyermek az életének a végéhez közeledik. A palliatív tünetkezelés és az együttérző gyásztámogatás ebben a szakaszban elsődlegesek. Egyes családoknál a gyermek elég idős és tu-

datánál lévő ahhoz, hogy átélje saját halálának megelőző gyászát (Mező, 2022).

Ezen kívül a családoknak abban is támogatásra van szükségük, hogy hogyan vonják be a testvéreket az életvégi gondozásba. Az ebben az időszakban nyújtott támogatás döntő fontosságú a család gyászában (Kripalani, 2019).

### **Örökségépítés, emlékkészítés**

A segítő team egyik fontos feladata, hogy felhívja a család figyelmét a közös emlékek készítésére, ami mindannyiuknak fontos a hátralévő időben, amikor a család még teljes. Általában a kézzelfogható emlékek mindegyike jótékony hatású a gyászfolyamatban. Ezek az aktív haldoklás során és a halál után készülnek, tehát a gyermek halálára összpontosítanak, nem pedig az életére.

Felajánlhatjuk fényképek készítésének a lehetőségét a gyerekekről, a gyermekkel, vagy kéz- és lábnyomatok készítését, hajtincs eltevését, valamint emlékdoboz készítését.

Fontos, hogy hagyjunk elegendő időt a családnak, és vegyük figyelembe a szülők kívánságait, például, hogy egy ideig együtt maradhassanak a már meghalt gyermekükkel. Igény esetén fontos, hogy tegyük lehetővé, hogy a búcsúszertartáshoz a gyermeket a szülők felöltöztethessék (Schuelke et al., 2020).

Sok esetben, amikor egy gyermek az élete végéhez közeledik vagy meghalt, a család intenzív érzelmeket él át, és előfordulhat, hogy nem tud a felajánlott emlékek kiválasztására koncentrálni, ezért a lehetőséget meg lehet ismételni, amikor a család fogadókész minderre.

Az emlékek őrzése mellett az élő örökség készítésére is lehet készülni. Egy haldokló gyermek számára az autonómia megélése meghatározó fontosságú, mivel előfordulhat, hogy közeleg az idő, hogy elveszíti az önállóságát, hiszen a

fizikai egészsége korlátozhatja a képességeit. Az élő örökségkészítés a haldokló gyermek életére összpontosít, és ösztönzi az aktív részvételt az emléktárgyak létrehozásában, amelyek lehetővé teszik a haldokló gyermek számára, hogy egy olyan helyzetben irányítson, amikor már nem tudja megváltoztatni a végső eredményt. Mindez fontos lehet a haldokló gyermek számára, és segíthet neki enyhíteni a szorongását azzal kapcsolatban, hogy halálakor hátrahagyja a szeretteit. A gyermek fókusza és érzelmei át-helyeződhetnek szeretetteljes ajándékok létrehozására, amelyek személyre szabottak lehetnek egy számukra fontos ember számára. Itt is döntő fontosságú a testvérek bevonása, esetleg külön emlékdobozok készítése a haldoklóval közösen (Schuelke et al., 2020).

### **Élményprogramok**

A családnak lehetőséget kell nyújtani, hogy az életvégi helyzethez közelítő gyermekkel minél több időt tölthessen együtt, illetve, hogy meghatározhassa, hogy kiket kíván meghívni a gyermek utolsó perceihez. Élményprogramokat is lehet szervezni, ha van rá lehetőség és igény. Ebben fontos szerepet kaphatnak az önkéntesek. Megismerve a gyermeket és a családot, az érdeklődési kört és testi állapotot figyelembe véve szervezhetőek a programok (pl.: Állatkert látogatás, múzeum, Parlament stb.) A program szervezésében és lebonyolításában is fontos szerepe lehet az intézményi önkénteseknek, akik megbeszélnek a szülőkkel és a gyermekkel, hogy mit szeretnének megnézni, illetve kísérik és segítik is a családot vagy a gyermeket a program ideje alatt (Mező, 2022).

### **Kreatív terápiák alkalmazása**

A kreatív lehetőségek mind a gyermek, mind a család számára előnyösek lehetnek. Az olyan expresszív terápiák, mint a zeneterápia, a művészetterápia, a meseterápia és a játékterápia lehetőséget nyújtanak az intenzív érzelmek és élmények feldolgozására a gyászban. Az ezeken a foglalkozásokon készült anyagok a gyermek halála után a család örökségévé válnak. A művészetterapeuták a haldokló gyermekkel és annak családjával együttműködve hoznak létre alkotásokat különböző eszközökkel, terápiás céllal. Ilyen lehet például az, ha a gyermek egy alkotásba foglalja a szorongását, és ezzel az kezelhetővé válik.

A játékterapeuta olyan terápiás, biztonságos környezetet teremthet, amelyben a haldokló gyermek és testvérei szimbolikus játékokat játszhatnak. Ezek a tevékenységek elősegítik a családi egységen belüli összetartozást és kötődést.

A művészetterápiás eszközök használata és a terápiás céllal történő alkotás segítik a megküzdést a gyászban, illetve a családi kötődést is fejlesztik (Schuelke et al., 2020).

### **Családtagok, testvérek bevonása**

A testvérek támogatásának meghatározó szerepe van a palliatív ellátásban. Abban is fontos lehet támogatni a szülőket, hogy ők hogyan tudják segíteni a testvéreket, hogy elősegítsék náluk az adaptívabb megküzdést a beteg gyermek halála után. A gyászoló testvérek folyamatos pszichoszociális támogatásra vágnak testvérük betegsége során, valamint nyitottabb kommunikációra a betegséggel és prognózissal kapcsolatban. A testvéreket tájékoztatni kell a közelgő halálról, és életkoruktól függően fel kell őket készíteni arra, hogy mire számíthatnak (pl. hogyan fog kinézni a testvérük, milyen fizikai

tüneteket vagy eseményeket láthatnak). Azok a testvérek, akik nem férnek hozzá idő előtt ezekhez az információkhoz, jelentősen nagyobb érzelmi stresszt, szorongást és alacsonyabb szociális támogatást mutatnak hosszú távon, mint a tájékoztatott és a folyamatokba bevont testvérek (Schuelke et al., 2020).

A szülőkkel való beszélgetés során felmerül a testvér felé való kommunikáció kérdése. A szülőnek megterhelő stressztényező a beteg gyermek mellett, hogy hogyan mondja meg a testvérnek a közelgő halál tényét. A szülőt arra biztatjuk, hogy figyelje a gyermek kérdéseit és ezek mentén, a gyermek nyelvén próbáljon beszélni a veszteségről, a halálról. A szülőknek ajánlhatunk a korosztálynak megfelelő könyveket. Ha együtt játszanak és beszélgetnek a helyzetről a gyermek nyelvén, akkor már nagy lépést tettek, hogy segítsenek a gyászfeldolgozásban.

A gyermek közelgő halálával kapcsolatos kulcsfontosságú beszélgetések előtt előzetesen érdeklődünk a testvér korábbi gyászélményeiről, beleértve egy családtag, háziállat vagy barát elvesztését. Felmérjük, hogyan áll a halál kérdésével, és a család milyen kifejezéseket használ erre vonatkozólag, mik a kulturális vagy vallási meggyőződései, amelyeket érdemes beépíteni ezekbe a beszélgetésekbe. A team hangsúlyozza a különböző fejlődési szakaszokban tapasztalt gyászélményeket, és emlékeztetheti a családokat arra, hogy minden gyermek, beleértve a csecsemőket és a kisgyermekeket is, átéli a gyászt, és érzékeli a körülöttük lévők érzelmeit (Polcz, 2007).

A gyermekek által hallott beszélgetések befolyásolhatják a gyászélményüket és akár félreértést is okozhatnak. Néha a gyermekeknek büntudatuk van, hogy valami, amit tettek vagy mondtak, valamilyen módon okozhatta a hal-

dokló gyermek betegségét vagy akár halálát (a gyermeki halálkép szerint). A team tagjai arra biztatják a családtagokat, hogy biztosítsák a gyermekeket arról, hogy semmi, amit tettek vagy mondtak, nem okozta a testvérük halálát (Schuelke et al., 2020).

Hasonlóan magukhoz a haldokló gyermekekhez, a testvérek is gyakran tartózkodnak attól, hogy saját gyászukról beszéljenek, azzal a céllal, hogy megvédjék szüleiket a további szorongástól, ami viszont növeli a gyermek szorongásának valószínűségét az idő előrehaladtával (Kripalani, 2019).

A team tagjai arra ösztönözhetik a családokat, hogy a „halál”, a „haldoklás” és a „halott” szavakat használják a gyermekekkel való kommunikációban, és kerüljék a nem egyértelmű kifejezéseket (eltávozik, elalszik stb.). A fiatalabb gyermekekkel hasznos lehet az élet-halál ciklusának és állandóságának átbeszélése. A gyermekek számára is szükséges a gyász tövező változatos érzelmekről folytatott beszélgetés, és meg kell nyugtatni őket, hogy helyénvaló a sokféle érzélem megélése, mint például a szomorúság, a harag, a megkönnyebbülés és az öröm, illetve fontos hangsúlyozni, hogy szabad sírni is. A team felkészítheti a családokat az ilyen jellegű beszélgetésekre. Eljátszhatják például, hogy miként reagáljanak, ha a gyermek kérdéseket tesz fel a halálról és a haldoklásról, és felajánlhatják, hogy közvetítőként segítik elő ezeket a beszélgetéseket (Schuelke et al., 2020).

### **A halál körüli gyász**

Az utolsó napok és órák időszaka meghatározó jelentőségű, hiszen ekkor van utoljára együtt a család.

### **A haldokló gyermekkel való együttlét a „halottvirrasztás”**

A gyermek halála előtti és utáni napokat és órákat sokan szentnek tartják. Ezek azok az utolsó pillanatok, amikor a család a gyermekkel van, és valószínűleg véglegesen megmaradnak a család emlékezetében. Ezt az időszakot gyakran „halottvirrasztásnak” nevezik, ami magában foglalhat minden olyan vallási és kulturális gyakorlatot, amely fontos a gyermek és a család számára. Sok család úgy dönt, hogy csendes imát folytat, lefekszik a gyermek mellé, zenél, vagy halkán beszél a gyermekhez. Ez gyakran egy olyan időszak, amikor a családok „engedélyt adnak a gyermeknek a halálra”, tudatva a gyermekkel, hogy a család szomorú lesz, de elviseli, hogy ő már nem lesz köztük.

Ebben a szakaszban különösen fontos a család magánéletének védelme, intimitásának tiszteltetésben tartása a „halottvirrasztás” során, kivéve, ha a család konkrét jelenléte szeretne kérni a team tagjaitól. Különlegesen fontos a tapintatos jelenlét, a kifejezett figyelem és a család ritmusához való alkalmazkodás.

A családot felvilágosítják, edukálják a team tagjai azokról a tünetekről, amelyeket a gyermek az élet végén tapasztalhat (pl. az agónális légzés, a foltosodás, a csökkent vizeletürítés, a gyomor-bél traktus lassulása, a csökkent tudat). A pszichoszociális támogatás megkönnyítése érdekében a team tagjainak elérhetőnek kell lenniük (Schuelke et al., 2020).

A családok gyakran félnek a morfiumos kezeléstől, mivel attól tartanak, hogy ez meggyorsítja a halált. A palliatív-hospice team útmutatása segít a családoknak megérteni a gyógyszerek és fájdalomcsillapítók helyes használatát, miközben eloszlatja az ópiátokkal kapcsolatos tévhiteket, tabukat és félelmeket (Benyó et al., 2017).

### **A közvetlenül a halál bekövetkezése utáni ellátás**

A halál bekövetkezése utáni pillanatok értékesek és szentek. Fontos hogy a team tisztában legyen a család spirituális igényeivel és szükség esetén ismerje a kisebbségek és az érintett vallási közösségek speciális szokásait is. A gyermek testének különleges gondozására és kezelésére irányuló minden előkészületet a halál előtt kell elvégezni. Minden család másképp reagál a postmortem ellátásra, és a családokat biztosítani kell arról, hogy minden reakció természetes és normális. A team tagjainak előzetes útmutatása felvázolhatja az arra vonatkozó jellegzetességeket, hogy a gyermek teste hogyan kezd megváltozni a halál után, így a család eldöntheti, hogy milyen mélységben szeretne ebben részt venni. A család döntése, hogy igénybe veszi-e a team segítségét a fürdetésben, mosdásban, öltöztetésben, vagy a gyermekkel való időtöltésben. A család számára a gyermek körül végzett teendők elősegítik az összetartozás érzését. Ha vannak testvérek, őket is be kell vonni ezeknek a végiggondolásába, és biztonságos teret kell adni annak is, ha úgy döntenek, hogy nem lesznek jelen testvérük testének elszállításakor. Ha a halál előtt nem készültek emléktárgyak, akkor a team tagjai segíthetnek azoknak a létrehozásában a testvérekkel és a családdal együtt. Ezek a különleges pillanatok sok intenzív érzelmi reakcióval lehetnek telítettek, beleértve a kínzó sírást, a könnyes mosolyt és nevetést, a békét és a dühös elkerülést is. Ezek az érzelmi válaszok nagyon változatosak lehetnek, és a gyászfolyamat részeként normalizálni kell őket. A team szerepe a biztonságos és szeretetteljes ellátás és a környezet előmozdítása (Kovács et al., 2020).

Fontos összefoglalni és megbeszélni a családdal, illetve a team tagjaival, hogyan történjen az ellátás a halál idején. A családdal ekkor minimum egyszer már átbeszélték, hogyan történjen a halott gyermek elszállítása. Ebben a kérdésben a család egyedi kívánságait is fontos figyelembe venni. A gondozás ilyen típusú követése lényeges lépést jelent a család gyászfolyamatában. A családok nagyon részletesen emlékezni fognak arra, hogy mit tesz és mond az orvosi csapat ebben az időben. A kommunikációban kerülni kell a klisék használatát. A gyermek testének kíméletes kezelése igazán hangsúlyos kérdés. Fontos, hogy átgondoljuk, hogy mi hogyan szeretnénk, ha a szeretteinkről gondoskodnának, azzal a céllal, hogy több empátiát és együttérzést mozgósítsunk a gondozásukban (Benyó, 2017).

Ha a team tagjai lehetővé teszik a család számára, hogy az általuk választott időpontban búcsúzzanak a gyermektől, az segítheti a későbbi gyászfeldolgozást.

Az intézménnyel vagy a családdal kapcsolatban álló temetkezési vállalat képviselője többször előre átbeszél minden részletet az érintettekkel. A team tagjai segítik a felek közti kommunikációt. A gyászoló családnak nagy biztonságot nyújt, hogy lépésről-lépésre tudja, mi fog a gyermekükkel történni, így nem a közvetlen veszteség árnyékában kell figyelniük a döntéseikre (Schuelke et al., 2020).

### **A halál utáni gyásztámogatás, az utánkövetés fontossága**

A gyászfolyamat során különbözőek a szakmai kapcsolattartás sajátosságai. Fontos, hogy a gyászoló család érezze, hogy az egészségügyi rendszer nem hagyta őket egyedül.

Az első idők krízisállapotában kommunikáljunk empatikusan, röviden, lassan, lényegre törően,

mert ekkor nagyon kevés információ jut el valójában a gyászolóhoz. Emiatt hasznos lehet, ha egy rövid írásos dokumentumban (amire a gyászoló később is támaszkodhat) vagy szóban is tájékoztatjuk a családot arról, hogy milyen segítséget igényelhet ebben az időszakban. A nyomtatott dokumentumban a pszichológus elérhetősége is megtalálható, akivel már ideális esetben az elmúlt időszakban kialakult a kapcsolat. Azok a helyzetek is szerepelhetnek ebben a dokumentumban, amelyek esetén mindenképp segítséget érdemes kérni. A családok elhagyatottnak érezhetik magukat és ebben az állapotban empátikus támogatásra van szükségük. A team gyászkövetése hídként szolgálhat, amely átvezeti a családot az egészségügyi környezetből a saját közösségébe.” (Benyó et al., 2017). Az egy éven belüli gyászfolyamat támogatásához érdemes engedélyt kérnünk a családtól ahhoz, hogy emailben, telefonon értesíthessük őket az intézményhez tartozó gyásztámogatást célzó programokról. Szakmai háttérként megemlíthetjük, hogy az egy éven belüli gyászfolyamat még minden esetben aktív gyászfeldolgozási szakasz, ebben benne vannak: az egyéni gyásztámogatás, a gyászcsoporthoz való részvétel, a megküzdést célzó, szakmailag hiteles írások, videók, közösségi fórumok ajánlása, melyek nagyban növelik a szociális támogatottság élményét, és segítik a trauma gyógyulását. Javasolt rövid hanganyagok, információs grafikák, videók, cikkek küldése, ajánlása a gyászoló családnak, illetve kétheti vagy havi rendszerességgel javasolt a gyászcsoporthoz való részvétel lehetősége. (Mező, 2022). Egy év utáni gyászfolyamat támogatásában a szakmai ellátó team célja az, hogy az aktív szakaszról a traumafeldolgozás felé, majd az intézménnyel való egyre ritkább kapcsolattartás felé segítse a gyászolót, abban az esetben, ha

a gyász és a veszteség valóban halad a feldolgozás felé. Az utánkövetéses támogatásnak a halált követően legalább 13 hónapig kell tartania, hogy támogatást nyújtson az első mérföldkövek megtételében, például a gyermek születésnapján, ünnepein, halálának évfordulóján. A hosszabb távú programozás is fontos, mert van olyan család, aki évekkel a gyermek halála után érzi a támogatás szükségességét (Schuelke et al., 2020).

Nagyon támogató, ha néhány nappal, héttel és hónappal a gyermek halála után a segítő kapcsolatba lép vagy marad a családdal. A családok nagyra értékelik, ha az emberek nem feledkeztek meg róluk és gyermekükről. Ajánlhatók az éves rendezvények is, pl.: a Tábitha Ház rendezvénye, az úgynevezett „Emlékezés nap”, amely a gyászoló családok számára az együttes emlékezés rítusának lehetőségét teremti meg. Az emlékezéssel töltött mintegy fél nap során állandó

program az ünnepélyes megnyitó, melyet a Tábitha Ház orvosigazgatója tart. Ezt követi a pszichológussal való csoportos beszélgetés az érintett családok számára, illetve a gyászfolyamatot segítő emlékezőkövek festése vagy a korábban megfestett kövek festésének a frissítése, majd az emlékkertben történő elhelyezése. Ugyanitt a „Nyitott kapuk” rendezvény Halottak Napján és Mindenszentekkor ad lehetőséget a Hospice Ház emlékhelyén történő emlékezésre, gyertyagyújtásra (Benyó et al., 2017).

### Befejező gondolatok

Röviden áttekintettük a gyásztámogatás lehetséges formáit, a palliatív-hospice ellátásban, melyben a gyermek halálát megelőző, a halál körüli és a halál utáni időszakokban – ideális esetben – ugyanazon team tagjai segítik végig a beteget és családtagjait, ami biztonságot nyújt ebben a kritikus életszakaszban a gyászolóknak.

---

*A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült. A szerzőknek nincsenek a cikk témájával kapcsolt érdekeltségei.*

---

## Irodalomjegyzék

- Benyó, G., Révész, R. L., Králik, I. (2017) A Tábitha Gyermekhospice Ház működésének bemutatása és esetismertetés, *Kharón Thanatológiai Szemle*, 21(2): 1-16.
- Busa, Cs. (2022) A spirituális szenvedés felismerése és enyhítése. In: Csikós, Á. (szerk.) *Palliatív esetgyűjtemény*. (pp. 186-189) Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Csikós, Á. (2022) Palliatív ellátás. (pp. 489-535). Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest.
- Csikós, Á., Menyhért, M., Radványi, I., Busa, Cs. (2015) A gyász új perspektívái. *Orvosi Hetilap*, 156(39): 1569-1576.
- Földesi, E., Hauser, P., Hegedűs, K. (2020) Az orvosi kommunikáció sajátosságai a gyermekonkológia területén, különös tekintettel a palliatív ellátásra. *Orvosi Hetilap*, 161(9): 323-329.
- Kiss, E. Cs., Sz. Makó, H., (2015) Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana (pp. 22-25). Pannónia Kiadói Alapítvány, Pécs

- Kovács, Á. A., Benkő, H., Hegedűs, J., Benyó, G. (2020) A gyermek palliatív ellátás sajátosságai a szülők szemszögéből. *Kharón Thanatológiai Szemle* 24(4): 45-56.
- Kripalani, S. (2019) Death and Dying: The Literature, Philosophy, and Practices of Adult and Pediatric End-of-Life-Care. *Veritas Villanova Res. J.* 1, 54–76.
- Kübler-Ross, E. (1988) A halál és a hozzá vezető út. Gondolat Kiadó.
- Mező, M. Tábita Ház, Gyásztámogatás protokoll (2022)
- Pilling, J. (2012) A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola (11-15, 16-21) doi: 10.14753/SE.2013.1812
- Polcz, A. (2007) Meghalok én is? (pp. 127-135.) Jelenkor Kiadó, Pécs.
- Schuelke, T., Crawford, C., Kentor, R., Eppelheimer, H., Chipriano, C., Springmeyer, K., Shukraft, A., Hill, M. (2021) Current Grief Support in Pediatric Palliative Care. *Children* (Basel, Switzerland), 8(4): 278.
- Simkó, Cs. (2009) Hogyan segítsünk gyermekünknek elfogadni az elfogadhatatlant? *Kharón Thanatológiai Szemle*, 13(4): 1-40.
- Sisk, B. A., Mack, J. W., Ashworth, R., DuBois, J. (2018) Communication in pediatric oncology: state of the field and research agenda. *Pediatric blood & cancer*, 65(1): 10.1002/pbc.26727.
- Wright, P. M., Hogan, N. S. (2008) Grief theories and models. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(6): 350–356. doi: 10.1097/01.NJH.0000319194.16778.e5



## II. Nemzetközi Részvétellel Megvalósuló Iskolai Ápolók Konferenciája

**Szlovák Köztársaság Kormányhivatala, ill. a Kormány Roma Közösségekért felelős Kormánybiztos Hivatala, valamint az Ápolói és Szülésznői Kamara Nemzetközi Részvétellel Megvalósuló II. Iskolai Ápolói Konferenciát szervezett.**

A program megvalósításában kiemelkedő szerepe volt a SKSaPA (Szlovák Ápolók és Szülésznők Kamara) elnökének Iveta Lazorovának, PhD., MPH, valamint az Iskolai Ápolók Szakosztályának és annak elnökének, Mgr. Vladimíra Kasalová-nak, továbbá PhDr. Bc. Mikuláš Lakatoš-nak, a Szlovák Kormány Roma Közösségekért felelős megbízottjának, az inkluzív egészségügyi politikák koordinátorának. Az egynapos konferenciát 2026. január 23-án rendezték Pozsonyban.

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége (MVSZSZ) felkérést kapott a magyar iskola-egészségügyi ellátás és az iskolavédőnői rendszer bemutatására. A konferencián Várfalvi Marianna az MVSZSZ elnöke és Rákóczi Ildikó alelnök vett részt, akik bemutatták az iskola-egészségügy történetét, rendszerét, tartalmi elemeit, az iskolavédőnők feladatait és a jó gyakorlatokat. A konferencia célja egy nemzetközi eszmecsere volt az iskola-egészségügyi ellátás szerepéről, működési modelljeiről, a tanulók egészségi állapotának helyzetéről, a főbb kihívásokról, valamint a további fejlődés, együttműködés lehetőségeiről. Előadások voltak a következő témákban: Hogyan működik Csehországban az iskola-egészségügyi ellátás a marginalizált roma közössé-

gekben, valamint annak történeti fejlődéséről és a jogi szempontjairól. Az asszertív kommunikáció és beavatkozások a diákok kockázatos viselkedésébe interaktív előadás keretében valósult meg, amibe a közönség is bekapcsolódhatott. A szlovák iskolai ápolók szerepének bemutatásáról szóló előadás rávilágított az alapvető problémákra, a hiányzó rendszerbeli keretekre, a bizonytalan finanszírozásra, az iskolai ápolók nem eléggé kiterjedt hálózatára, valamint a státuszuk és kompetenciáik nem megfelelő jogi meghatározására. Ezek jelentősen korlátozzák az ellátás hozzáférhetőségét különösen a szociálisan hátrányos helyzetű régiókban. Megismerhettük az ausztriai iskola-egészségügyi ellátás működését, hallottunk a bizalom hidjáról, a szociális munka szerepéről a roma közösségekben, valamint a korai beavatkozásokról a fogyatékossgal élő gyermekekkel való foglalkozásban. A résztvevő országok szakemberei részéről egybehangzó álláspont született abban, hogy az iskolai ápolók / védőnők kulcsszerepet játszanak a megelőzésben, az egészségügyi problémák korai felismerésében és a tanulók egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeinek csökkentésében. A tanácskozás megerősítette, hogy e szakterületbe történő befektetés, a gyermekek egészségébe és jövőjébe való befektetés. Közös célunk egy hozzáférhető, működőképes és méltányos iskola-egészségügyi rendszer létrehozása, amely azonos esélyekkel járul hozzá minden gyermek egészségének hatékonyabb védelméhez.



Várfalvi Marianna  
elnök

Dr. Rákóczi Ildikó  
alelnök, Prevenációs Kutatás-  
fejlesztési Központ vezető

## A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége plakátkampánya, a családok digitális térben való korai preventív védelmének kialakítására

**A Szövetség 2025. májusban csatlakozott a Bethesda Chartához, amely egy szakértői bizottság a képernyőhasználat gyermekkori hatásainak csökkentéséről, a használat körülményeinek szempontjairól, hatáiról.** Az elkészült és kiadott nyilatkozathoz az MVSZSZ javaslata: már a gyermekvárás idején és 0-3 éves korban kezdődjön el a szülők és a családi környezet felkészítése, a képernyőhasználat korai testi, lelki egészségre kiterjedő rendkívül káros hatásainak megelőzése érdekében. A Szakmai Konszenzus alapján megfogalmazott megfigyeléseinket és ajánlásainkat összefoglaló cikk elérhető a [www.mvszsz.hu](http://www.mvszsz.hu) weboldalon. **A magyar szakértők véleménye szerint a 0-3 éves korú gyermekek képernyő és digitális eszközhasználatának ideje: 0 perc!**

Az ajánlás kimondja azt is, hogy a szülők már a várandósság alatt alakítsák ki ezzel kapcsolatos családi szokásaikat, a már megszületett gyermekük jelenlétében kerüljék ezen eszközök használatát, figyelmüket, kommunikációjukat, gyermek ellátási, gondozási tevékenységükre fordítsák.

Cél, hogy a szülők, a családok, a szakemberek és a közvélemény figyelmét felhívják a téma fontosságára, és az ajánlott megelőzési és ha már kialakult, a problémakezelési szempontokra. Az átfogó cél alapján és annak elérése érdekében az életeleji időszakban a szülőknek szóló figyelemfelkeltő, tájékoztató anyagok elkészí-

tését terveztük a képernyőhasználat csökkentése, ezzel kapcsolatos szülői szokások módosításának segítése, a korai kötődés, a biztonságos gyermek ellátás, gondozás biztonságossá tétele érdekében.

A Szövetség Elnöksége és Prevenációs Kutatás-fejlesztési Központja ebben a témában is kereste a rendszerszerűen bevezethető, kiterjeszhető modellprogramokra, innovációkra, kutatások motiválására, valamint szervezeti kultúra megújítására a megoldásokat. Ennek részeként tervezte meg a társadalmi célú kommunikációra az érintett két célcsoport számára alkalmas plakátkampányát. A szakmai tervet egyeztetette az Aktív Magyarország Program Államtitkársággal, az említett szakértői kör bevonásával, az Egészségügyért Felelős Államtitkársággal, és az Országos Kórházi Főigazgatósággal.

A plakátok anyagi forrását kormányzati pályázati támogatásból kérvényezték és kapták meg. A plakátok 2025. decemberében elkészültek 2500-2500 példányban, kiosztásuk 2026. február első hetében megtörtént. Ezt követően mindkét plakát típus eljutott az ország minden védőnői tanácsadójába, szülészeti és újszülött osztályára.

A pályázat hozzáadott értéke, hogy ezzel a társadalmi célú kampánnyal utat nyitottunk a témát mozgásba hozó kommunikáció egy speciális, gyors, hatékony megoldásának, amely a szakmai civil kezdeményezéstől, a koncepció kidolgozásától, a kreatív tervezésen, a gyors civil-

szervezeti megvalósításon, és az államigazgatási alrendszerek közötti együttműködés motiválásán keresztül kiterjeszhető további célcsoportok, oktatási nevelési intézmények (bölcsődések, óvodások, iskolások) számára is.

**TEDD FÉLRE A TELEFONT - VÁLASZD A KÖZÖS ÉLMÉNYEKET!**

**A VÁRANDÓSSÁG IDŐSZAKA KÜLÖNLEGES.**

A kevesebb képernyő és a több közösen töltött, aktív idő segíti a testi-lelki felkészülést, és erősíti a kapcsolatot kettőtök között.

**Tudj meg többet a képernyőmentes, valódi együttlétekről - olvasd el a Bethesda Chartát!**

Magyar Városlás Szövetség, Aktív Magyarország, Magyar Köztársaság, Nemzeti Turizmusfejlesztési és Sportbiztosítási Hivatal

**TEDD LE, VEDD FEL!**

**A KISBABÁK AZ ARCUNKBÓL, HANGUNKBÓL, ÉRINTÉSÜNKBŐL TANULNAK A LEGTÖBBET.**

A közös pillanatok akkor értékesek igazán, ha odafigyelünk egymásra. A fürdetés, az etetés, a séta mind alkalom a kapcsolódásra - tegyük képernyőmentessé ezeket az együttléteket.

**Tudj meg többet a képernyőmentes, valódi együttlétekről - olvasd el a Bethesda Chartát!**

Magyar Városlás Szövetség, Aktív Magyarország, Magyar Köztársaság, Nemzeti Turizmusfejlesztési és Sportbiztosítási Hivatal

A plakátok letölthetők, változtatás nélkül szabadon nyomtathatók.

GOND  SÓRA

**Regisztráljon,  
és érezze magát  
biztonságban!**





# ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMÉNEK TUDOMÁNYA



Magyar Védőnők  
Szakmai Szövetsége  
MVSZSZ