

## Köszöntő



Kedves Olvasó!

Nemrég járt nálam egy újságíró, aki megkérdezte tőlem, mennyire a rendes ügymenet része az, hogy kisgyerekek szaladnak ki az irodámból. Egy családbarát kormány számára fontos, hogy a munkahelyek is családbarát módon működhessenek – feleltem. (Ezzel együtt persze sajnos nem jellemző, hogy kisgyerekek vannak bent nálam.) Adódhat azonban olyan rendkívüli helyzet, amikor nincs más megoldás és a szülőnek be kell vinnie a gyermekét a munkahelyére. Ez és az ehhez hasonló „apróságok” mind kellenek ahhoz, hogy családbarát környezetet teremtsünk.

Többek között ezért támogatjuk több mint 120 milliárd forinttal bölcsődék létrehozását és bővítését, ezért fordítunk évről évre egyre többet a családokra, segítjük az adórendszeren keresztül is a gyermeket nevelőket, csökkentjük jelzálog- és diákhitelüket, ha további gyermeket vállalnak. Ezért vezettük be az otthonteremtési programot, a CSOK-ot, ezért hoztunk és hozunk létre a nők munkába való visszatérését segítő Család- és KarrierPontokat és ezért támogatjuk családbarát szülészeti kialakítását.

2018 a Családok éve, ebben az időszakban rengeteg emberhez eljutottunk, százezrek vettek részt a rendezvényeinken, vagy nézték meg a családról, családalapításról szóló kisfilmjeinket.

Nem állítom azt, hogy gyermeket nevelni vagy összetartani egy családot mindig könnyű feladat, mert mindenkinek vannak nehézségei, félelmei, kudarcai, mégis családban élni a legjobb dolgok egyike, a gyermekvállalás pedig az öröm, a szeretet és a boldogság forrása. Éppen ezért a kormányzat a civil és egyházi szervezetek képviselőivel közösen mindent megtesz annak érdekében, hogy minél kevesebb akadály álljon a gyermekvállalás és – nevelés útjába.

Ebben segítenek azok a szakemberek is, akik ennek a folyóiratnak a különszámában megosztják a gondolataikat az olvasókkal, legyen szó a kora gyermekkori intervencióról, a családok szülésre és szülésre való felkészítéséről, a kisgyermek táplálkozásáról vagy a családon belüli beszélgetés szerepének fontosságáról.

Tartalmas időöltést kívánok a lap olvasgatásához!

Novák Katalin  
család- és ifjúságügyért felelős államtitkár



## Előszó



Kedves Olvasók!

Az Egészségfejlesztés – és a jogelőd Egészségnevelés – folyóirat megjelenésének 59 éve alatt mindig közölt a családok egészségfejlesztésével foglalkozó tanulmányokat. Ezt a külön lapszámot az a szándék hívta életre, hogy a „Családok éve 2018” programhoz csatlakozva a családokkal, a családok egészségfejlesztésével foglalkozó szakemberek, kutatók egy külön lapszámban mutathassák be munkájukat, kutatási eredményeiket, segítve az ezzel a témával foglalkozó szakemberek munkáját. Mindezek mellett szerettük volna felhívni a figyelmet arra, hogy az egészségfejlesztő munka egyik legfontosabb célcsoportja a család. Az egyének egészsége nagymértékben függ az előző generációk és az aktuális család működésétől, a családban megélt élet minőségétől. A családok egészségfejlesztésére fordított figyelem, energia nemcsak a jelen, hanem a jövő generáció egészségének alapja is egyben.

A különszám megjelenésén összességében több mint félszáz, a téma iránt elkötelezett szakember dolgozott, és több tucatnyi szerző osztja meg szakmai tapasztalatait, kutatási eredményeit. A szerzői kör nagyon színes, a szerzők a családokkal foglalkozó szakmaterületeket hűen reprezentálják, ezzel egyben azt is bizonyítják, hogy minden szakmaterület tud érdemben tenni a családok

egészségfejlesztéséért. Szerzőink az ápoló, védőnő, szülésznő, orvos, pedagógus, fejlesztő pedagógus, mentálhigiénikus, pszichológus, családterapeuta, szociológus, szociális munkás, jogász szakma oldaláról osztják meg az olvasóval gondolataikat, hívják fel a figyelmet a családok egészségfejlesztésének aktuális helyzetére, nehézségeire és a jövőbeni feladatokra.

Köszönetet mondunk a különszám minden szerzőjének, továbbá a szakmai lektoroknak (a tanulmányok alapos, kettős vak szakbírálatáért), hogy munkájukkal hozzájárultak a lapszám megjelenéséhez, és példát mutattak ezzel arra is, hogy a családok egészségfejlesztése csak több szakma együttes munkája által lehet teljes.

Ajánljuk a családok egészségfejlesztését célzó lapszámot a már praktizáló és leendő szakembereknek, valamint a laikus olvasóknak is, akik csak egyszerűen érdeklődést mutatnak a téma iránt, vagy felelősséget éreznek és tenni is akarnak a családok egészségfejlesztéséért.

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna  
vendég főszerkesztő

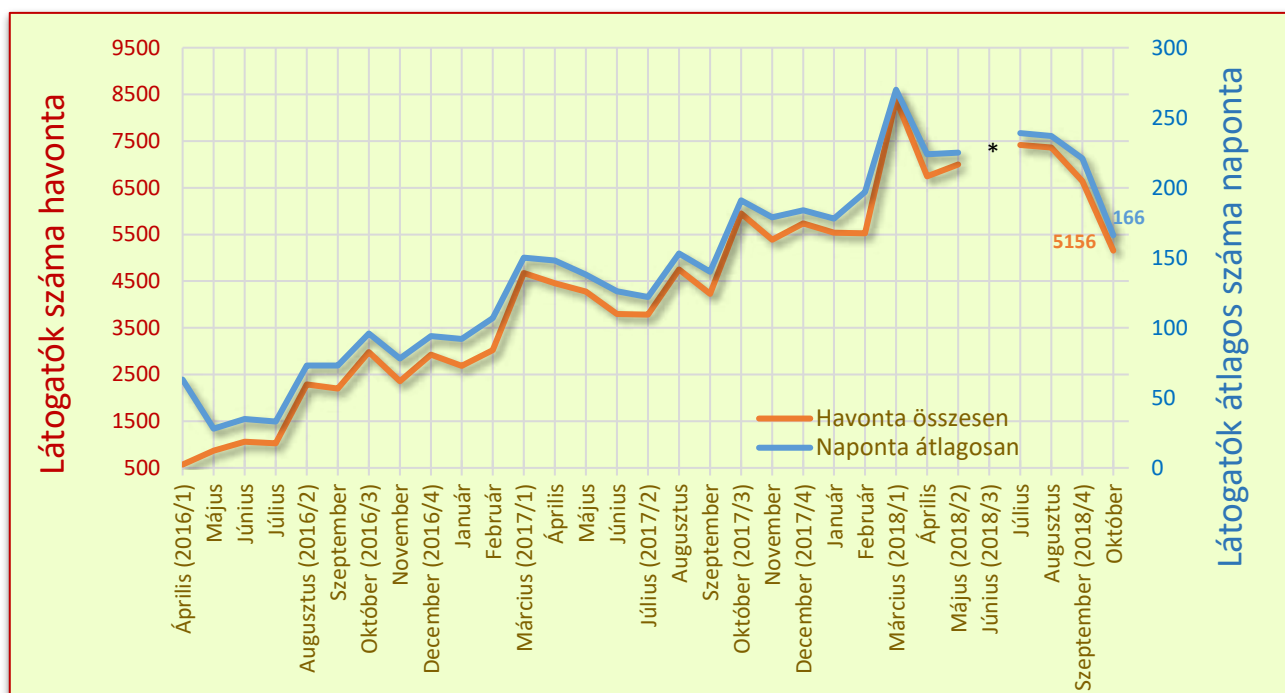
# Látogatói statisztikák, legnépszerűbb közlemények

Visitor statistics, most popular articles

doi: 10.24365/ef.v59i5.381

Megújult folyóiratunkban 3 év alatt, 12 lapszámban már több mint 250 cikk jelent meg az egészségfejlesztés különböző területeiről, számos szerző publikált több alkalommal is lapunkban. Idei második különszámunk a családokkal, a családok egészségfejlesztésével foglalkozik, a témában kutató szakemberek mutatják be

eredményeiket, továbbá kapcsolódó hírek és érdekességek olvashatók friss cikkeinkben. Olvasottsági eredményeink bár az utóbbi időben szerényebbek, jelen lapszámunk és az év végén megjelenő 2018/6. lapszám számos izgalmas közleményt tartogat még. A havi és napi olvasottsági adatokat az alábbi ábra mutatja be.



\* nincs adat

Az összefoglalók és teljes közlemények, valamint a „legérdekesebb” cikkek TOP 10-es rangsorát a következő összefoglaló táblázat ismerteti. A teljes közlemények között és az érdeklődésmutató – a megtekintések száma és a megjelenés óta eltelt napok száma hányadosa alapján számított mutató –

alapján is magasan vezet a csecsemőkorai allergia-megelőzésről szóló cikk a tavalyi első lapszámból. Az összefoglalók olvasottsága alapján már sokkal szorosabb az eredmény, az első helyen a hazai iskolákban végzett egészséges életmóddal kapcsolatos kutatásokat bemutató közlemény szerepel.

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
<b>ÖSSZEFOGLALÓ</b>			
630	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
507	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
506	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
499	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségteszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
441	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018. 1.
417	Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására	Vitrai J, Bakacs M	2017. 4.
393	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et. Al	2018. 2.
385	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	Varsányi P et al.	2016. 1.
379	Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?	Benyó B	2017. 4.
376	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
<b>TELJES KÖZLEMÉNY</b>			
2793	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
969	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
772	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
569	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
528	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
346	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
323	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et. Al	2018. 2.
292	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2.
284	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról	Solymossy J, Koós T	2016. 3.
278	2016-os Éves Jelentés a kábítószerhelyzetről – rövid összefoglaló	Nyírády A	2016. 4.
<b>"ÉRDEKESSÉG"</b>			
4,74	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1,83	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,78	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,06	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
0,91	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
0,89	Képzeld el! Akció az irodában	szerkesztőség	2018. 3.
0,85	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
0,79	A mintaadó népegészségügyi rendszerek elemzéséből levonható tanulságok és következtetések	Túri G et al.	2018. 2.
0,77	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
0,76	A városi egészségfejlesztési tervezés mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája	Girán J	2018. 3.

## Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében

Our experiences gained through the development of social, mental health competences within the family among healthcare BSc students

Szerzők: Fodor Bertalan<sup>a</sup>✉, Kiss-Tóth Emőke<sup>b</sup>

*a: Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségfejlesztési Módszertani Intézet,*

*b: Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar, Alkalmazott Egészségtudományok Intézet*

Beküldve: 2018. 06. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i4.322

**Bevezetés:** Napjaink erőteljes tendenciája nemcsak Magyarországon, hanem a világ szinte minden részén az individualizmus felerősödése, a klasszikus nukleáris családi rendszerekkel szembeni negatív attitűdök felerősödése. Meggyőződésünk azonban, hogy a családok szétesése mind az egyén, mind a társadalom számára romboló. Számtalan kutatás tanúskodik arról, hogy a családi rendszerek, tartós párkapcsolat nemcsak mentális, hanem szomatikus preventív kapacitással rendelkezik, így a család a társadalmi tőke egyik alapvető forrása is.

**Célkitűzés:** A szocializáció, a társas kompetenciák kialakulásának, fejlődésének alapvető színtere a család. E mellett meghatározó helyszín az oktatási rendszer. Az egészségügyi dolgozók a későbbiekben kiemelt szereppel bírnak a családdal kapcsolatos viszonyrendszerek formálásában. Célnk volt ezért egy egészségügyi képzést folytató intézményben a párkapcsolati, családon belüli szociális és mentálhigiénés kompetenciák fejlesztését szolgáló kurrikulum kidolgozása, bevezetése és a több éven keresztül zajló oktatásával szerzett tapasztalatok bemutatása.

**Módszertan:** Két féléves, heti egy óra időtartamú, kezdetekben szabadon választható, majd a népegészségtan tantárgy megfelelő fejezeteibe integrált tantárgy tematikáját, óravázlatait dolgoztuk ki. A tárgy oktatása 2012 óta rendszeresen zajlik, az első félévben frontális előadás, majd a második félévben kiscsoportos tréningek formájában. A tárgyat a karon tanuló minden hallgató hallgatta. Az oktatással, hallgatói elégedettséggel kapcsolatos visszajelzéseket kérdőíves felméréssel vizsgáltuk.

**Eredmények:** A visszajelzések egyértelműen igazolták a tárgy létjogosultságát az oktatási rendszerünkben. A hallgatók több mint fele úgy látja, hogy a hallottak alapvetően befolyásolták, pozitívan változtatták a témával kapcsolatos készségeiket.

**Következtetések:** Összességében, az elmúlt néhány év tapasztalata alapján az a meggyőződésünk, hogy az egyetemista korú fiatalok rendkívül nyitottak a párkapcsolatot, a házasságot érintő kérdések feldolgozására, megvitatására. Leendő egészségügyi szakemberekként is – a személyes pozitív szemléletformáláson túl – jól hasznosíthatják az elsajátított, megerősített kompetenciáikat, készségeiket a családok mentális életminőségének javításában. Ezáltal úgy véljük, hogy képzésünk is hozzájárul a család mint társadalmi tőke lehetőségeinek szélesebb körű kiaknázásához.

**Kulcsszavak:** család; házasság; mentálhigiéné; felsőoktatás

**Introduction:** Today's powerful tendency is, not only in Hungary, but in almost all parts of the world, to intensify individualism, and opposing attitudes towards classical, nuclear family-systems. We are convinced, however, that disintegration of families is destructive both for individuals and the society. Numerous research show that family-systems, long-term relationships have not only mental, but somatic preventive capacity, therefore, family is one of the basic sources of social capital.

**Objective:** Families are essential settings for socialization and the development of social competencies. In addition, the educational system has fundamental role in this process. Later on, healthcare workers have a prominent role in forming family-related relationships. Therefore, our goal was to develop and implement a curriculum in a health care educational establishment to strengthen social and mental health competencies in partnerships, relationships. Our further aim was to summarize our experiences of several years of education.

**Methodology:** Initially we designed an optional course-unit (two terms per year, 14 contact hours per terms). Later it was integrated into the relevant chapters of the Public Health course. We prepared the whole documentation of the of course-unit and learning subjects. The subject has been running continuously since 2012 (a frontal lecture is performed regularly in the first half of the year and then in the form of small group trainings in the second semester). Feedback on education and student satisfaction was examined by questionnaire surveys.

**Results:** The feedback has clearly demonstrated the importance of the subject in our education system. More than half of students found that the acquired knowledge has fundamentally influenced, positively changed their competencies in this subject.

**Conclusions:** Overall, based on our experience of the last few years, we are convinced that young university students have an extremely open mind on discussing issues related to relationships and marriage. As healthcare professionals, beyond developing positive personal attitudes, they can make good use of their acquired, strengthened competencies and skills in improving the quality of mental health of families. Thus, we believe that our training also contributes to the wider exploitation of families as a part of social capital.

**Keywords:** family; marriage; mentalhygiene; higher education

## BEVEZETÉS

### A család mint védőfaktor

Számtalan kutatás, tanulmány, tudományos munka támasztja alá a családok szociálpszichológiai, mentálhigiénés protektív szerepét, valamint kiemelt jelentőségét az egészségmegőrzés szempontjából. Kiváló összefoglalást kapunk e kérdésről többek között Pikó és mtsai. 2010-ben összeállított, Védőfaktorok nyomában című munkájából.<sup>1</sup> Vizsgálatuk a család egészének és a szülők szerepének hatására irányult a fiatalok problémaviselkedésére vonatkozóan. Tekintettel arra, hogy a család mind a pozitív, mind a káros minták tekintetében modellfunkciót lát el, az egészséges családoknak alapvetően fontos szerepük van a fiatalok kiegyensúlyozott, káros mintákat kerülő szocializá-

ciójának szempontjából.<sup>2</sup> A család mint protektív mikroklíma fontos szereppel bír a biztonságérzet, a helyes kötődés kialakításában, de ezen túlmenően hozzásegít a helyes coping folyamatok elsajátításához is. A tanulmány szerint mind az apa, mind az anya részéről érkező társas támogatás minősége kiemelkedő az egészséges életvezetés, adaptáció szempontjából.<sup>3,4</sup>

Kovács doktori értekezése az előbbiekhöz hasonlóan a szociokulturális védőfaktorok szerepét (ezek között kiemelten a családot) vizsgálja a fiatalkori problémaviselkedésben.<sup>5</sup> Megállapításai alátámasztják, hogy a fiatalok jövőbeni párkapcsolati attitűdjei nagyban függenek a család mintaadásától. Vizsgálatai összességében pozitív képet adnak a tradicionális családmódról. Középkorúak körében végzett felmérései szerint a fiatalok több mint háromnegyede házasságpárti. E felmérésben a

résztvevők nagy hányada házas szülők gyermekeiként szocializálódott. Ugyanakkor a házasságpártiak dominanciája mellett „a posztmodern (egységes, nagy narratívák felbomlása) térhódításával” megjelenik (egyre nagyobb mértékben is talán) egy bizonytalan réteg, amely a „szingliséget”, illetve a „laza” élettársi kapcsolatot preferálja.

Tringer megállapítása szerint „a felnőtt személy mentális egészsége szempontjából a családi szocializáció esélyei kedvezőbbek bármely más neveltetéssel szemben.”<sup>6</sup> Kiegészíthetjük ezt azzal a ténnyel, mely szerint a család a mentális egészség mellett a szomatikus egészség megőrzésében is kiemelt jelentőségű. A szakirodalom rendkívül gazdag az idevágó evidenciákban.<sup>7,8,9</sup> Mindezek ellenére napjainkban egyre több jel mutat a családok – különösen a „klasszikus”, nukleáris családok – válságára.

### A család mint rendszer

A családok vizsgálatában, valamint az intervenciók, terápiás beavatkozásokban több évtizede a rendszerszemlélet honosodott meg. E rendszerek működése, társadalmi elfogadottsága, normarendszere jelentős változáson megy keresztül az utóbbi évtizedekben.<sup>10</sup> Egyrészt növekszik a válások és/vagy különélések száma. Nő az egyszülős családok aránya. Növekszik a házasságon kívül tartós kapcsolatban (élettársi viszonyban) élők száma. A házasságon kívül született gyermekek száma is növekvő tendenciát mutat, ugyanakkor hangsúlyos kérdés, hogy a gyermekvállalási kedv alacsony szinten stabilizálódott.

Az egészséges párcapcsolati készségek, valamint a család kiegyensúlyozott és harmonikus működéséhez szükséges kompetenciák kialakítása elsődlegesen önmagában a „szülői házban” orientálódik. Kiemelt szerepe van azonban a személyiség fejlődésében/fejlesztésében, így a mentálhigiénés kultúra promóciójában az oktatási intézményeknek is.

### Személyiségfejlesztés

Az iskolai, intézményi rendszerű személyiségfejlesztés nem lehet elkülönített óra keretében zajló pedagógiai munka, az oktatás integráns részévé kell válnia. A pedagógustól elvárható, hogy megfelelő eszközökkel orientálja, hogy a rábízott fiatalok hogyan viselkedjenek, cselekedjenek, éljenek.

Nyilvánvaló, hogy az alapvető emberi értékeket nem lehet közvetlenül tanítani, a szociális értékek átadása sokszor indirekt módon oldható meg.<sup>11</sup> Mindezen tevékenységekben kiemelt szerepe van a tanulók önismereti fejlesztésének.

Széles körű tapasztalatok szerint napjaink oktatási rendszerében rendkívül kevés terep jut az ilyen jellegű pedagógiai tevékenység megvalósítására. Különösen igaz ez a felsőoktatás világára, ahol jórészt a szakmai kompetenciák átadása zajlik, holott az egyetemista életkorú populáció rendkívül vulnerábilis életszakaszban van.

## CÉLKITŰZÉS

A részletezettek alapján a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán célul tűztünk ki egy korábban extrakurrikuláris, majd jelenleg a Népegészségtan I. tantárgy mentális egészséggel kapcsolatos témaköréhez társuló, személyiségfejlesztő, önismereti, társas kompetenciák – elsősorban párcapcsolati és családi étellel kapcsolatos – fejlesztésére alkalmas tantárgyi tematika kidolgozását és az oktatási gyakorlatba történő bevezetését.

Jelen közleményünk célja kettős. Egyrészt rövid betekintést kívánunk nyújtani a tantárgy tematikájába, tartalmi elemeibe, másrészt a tárgy oktatása során nagyszámú kérdőív feldolgozása révén nyert előzetes tapasztalatainkat kívánjuk ismertetni.

## MÓDSZERTAN

A Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán alapszakos képzésben (BSc) egészségügyi szervező (egészségturisztikai szakirány), orvosi laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai analitikus (képalkotó szakirány), ápolás és betegellátás (gyógytornász szakirány), valamint egészségügyi gondozás és prevenció (védőnő szakirány) alapszakokon képzünk leendő egészségügyi szakembereket.

Felismerve a társadalmi igényt és a szociális kompetenciák szűkösségét a hallgatók körében, évekkor elelőtt szabadon választható kreditpontos kurzust indítottunk, előbb „Párban járva”, majd „Társas kapcsolatok mentálhigiénés támogatása” címmel.

A kurzust – a mintatanterv alapján – minden első éves hallgató hallgatta. A teljes tárgy oktatása két féléven keresztül zajlott, heti egy órában (összesen

14 óra/félév gyakorisággal). A tárgy 2, illetve 1 kreditpont értékű. A 2012/13-as tanév óta napjainkig összesen 764 hallgató vett részt a foglalkozásokon.

A tantárgy oktatási módszertanát tekintve az első félév frontális előadás. A második félév során a hallgatók – maximum 25 fős – kiscsoportokban csoportos tréningen vesznek részt (szintén heti 1 – összesen 14 óra/félév gyakorisággal). Az oktatást, tréningeket – adott esetekben – az egyetemi lelkesítés bevonásával végeztük.<sup>12</sup>

Az oktatás tartalmi anyagának összeállításában a vezérfonál Nicky és Sila Lee: A házasság könyve.<sup>13</sup> Az elméleti előadások tematikája ennek a szakanyagnak a felhasználásán alapul. Az oktatásban fontos szerep jut továbbá Gary Chapman: 12 dolog, amit jó lett volna tudni az esküvő előtt című könyvének.<sup>14</sup>

A foglalkozások fő célkitűzése összességében a helyes önkép-énkép alakítása, kongruenciájának fejlesztése. Jelentős hangsúlyt kap az eltérő nemi szerepek elemzése a család működése kapcsán. A hosszan tartó, kiegyensúlyozott kapcsolat építése szempontjából nagy szerepet tulajdonítunk a kapcsolat megalapozásának, megfelelő – kapcsolaton belüli – időgazdálkodásnak, együtt és külön töltött idő szerepének. A kommunikációs készségek fejlesztése – a párkapcsolati vonalon túl – a leendő egészségügyi dolgozók számára elengedhetetlen. Chapman „5 szeretetnyelv” teóriája alapján sok időt szentelünk a „tettekben megnyilvánuló szeretetnek”.<sup>15</sup> A konfliktuskezelés és megbocsátás művészetének elsajátítását is igyekszünk fejleszteni, kiteljesíteni. Szó esik továbbá a leendő „tágabb” családon belüli interakciók helyes kezeléséről, valamint a szexualitás adekvát megéléséről. Mindezeket megfelelően illusztrált, humoros filmbejátszások, tesztek, más egyéb infokommunikációs, oktatástechnikai lehetőségek segítségével hívásával tesszük a fiatalok számára befogadhatóvá. A környezetünkben egyre nagyobb teret hódító – rossz értelemben vett – individualizmus „ellene dolgozik” a tartós párkapcsolatoknak. Az „eladhatóság mentalitása” a tárgyiasult világból beszívárgott kapcsolatainkba is. Ugyanakkor lényeges látni, hogy a hosszú távú társas kapcsolatok mind mentálisan, mind szomatikusan egészségvédő hatásúak. Erről számos adatot ismerünk, különösen Kopp Mária munkásságából.<sup>16</sup> E tények publicitása napjainkban jelentősen alulreprezentált, így fontos,

hogy a tananyag átadása során megfelelő hangsúlyt kapjon. Ennek segítségével más megvilágításba kerül többek között a szingliség, promiskuitás kérdése is.

A társas kapcsolat minőségét alapvetően az önmagunkhoz való viszonyulás határozza meg. Reális, kongruens énkép nélkül nincs egészségesen működő párkapcsolat, házasság. Ezért több órán keresztül az önismeret, énkép, önzonosság kérdését járjuk körül, melynek létjogosultságát jelzi számunkra is, hogy a visszajelző kérdőíveken jelentős hányadban szerepel a későbbiekben indítandó témajavaslatok között ez a terület. (Igaz ez akkor is, ha több hallgatótól az a visszajelzés érkezett, hogy „miért kell ennyit foglalkozni az énképpel, hiszen nagyon sok embernek úgy is elég nagy az egója”. Azt gondoljuk, hogy pontosan ez a magyarázata a téma hangsúlyozásának, hiszen ismert tény, hogy az alacsony önértékelés sokszor vezet egy perfekcionista túlkompensáláshoz, melynek felismerése sokszor nehéz, ugyanakkor erőteljes hatással bír a leendő család működésére.)

A fiatalok között rendkívül jól használható demonstrációs eszközként tartjuk számon Max Lucado Értékes vagy című meséjének rajzfilmes feldolgozását.<sup>17</sup> A későbbiekben történő párválasztás, családalapítás szempontjából ezért kiemelten fontosnak tartjuk különböző családmodellek ismertetését, illetve a „normális” rendszerként működő családok mellett a patológiás (kóros működést mutató) családok bemutatását, amely az identitás vonatkozásában jelentős információkat hordoz.

Összességében az első féléves kurzus kiemelt célja a kongruens énkép, identitás, mentális egészség témakörének taglalása mellett a tartós párkapcsolat protektív hatásának megvilágítása, ezáltal az elköteleződés, a házasság fontosságának tudatosítása.

A második félév során – az első félévvel szemben – a verbális, frontális előadásmód helyett a kiscsoportos tréning eszköztárát használjuk. Ehhez a hallgatókat maximum 25 fős csoportokba szervezzük. A foglalkozásokra az előző félévihez hasonlóan heti egy alkalommal kerül sor.

A foglalkozásokon az előző szemeszterben hallottak gyakorlatorientált feldolgozása mellett praktikus párkapcsolati technikákra, gyakorlati ismeretekre, készségekre, kompetenciákra fejlesztésére, megerősítésére fókuszálunk.

A bevezető foglalkozások során közismert ismerkedős játékokkal, feladatokkal teremtjük meg az



őszinte, intim légkört. Az első néhány óra célja a csoporttá válás. Szükséges ez azért is, mert – talán a kreditrendszer eredményezte széttagoaltság miatt is – még az azonos szakon tanulók sem ismerik kellőképpen egymást, találkozási pontjaik, kommunikációjuk felszínes.

A második félévben az alábbi témakörök kibontása történik meg: ismerkedés, kapcsolatteremtés, csoportok kialakítása, közösségépítő feladatok, családok szerepe, családi rendszerek, családi örökségek, szülői szerepek, a párkapcsolatok szilárd alapozása, a kommunikáció jelentősége, tettekben megnyilvánuló szeretet, konfliktuskezelés, a megbocsátás művészete, szexualitás.

Tapasztalataink szerint meglehetősen csoportfüggő az egyes témákra szánható (szánandó) idő, így ezt a tematikát a csoport elvárásainak megfelelően kellő rugalmassággal módosítjuk.

A családi szerepeket, családi rendszerek működését taglaló foglalkozásokat mindenképpen szükséges, hogy megelőzze néhány kötetlenebb közösségépítő játék, hiszen ez előfeltételezi az őszinte légkör megteremtését. Szükséges ez annál is inkább, mivel e témák feldolgozása során sokszor viharos, impulzív és mély emocionális töltetű reakciókkal találkozunk. Rendkívüli nehézségbe ütközik, amikor a szülőkkel való kapcsolatrendezésről vagy csak a kapcsolatok átgondolásáról esik szó.

(Egy feladatként az apaszerep vizsgálatánál azt kapják a hallgatók, hogy írjanak levelet édesapjuknak, melyben őszintén átgondolják a kapcsolatukat, köszönetet mondanak, bocsánatot kérnek, kinek mire van szüksége. E feladat megoldása állít az egész év során legnagyobb kihívás elé bennünket, mert a foglalkozáson részt vevők közel 50%-a erős érzelmi hatás miatt nem képes megoldani a feladatot. Beszédes ez számunkra a mentális egészség, coping mechanizmusok állapotáról az egyetemista fiatalok körében.

A foglalkozások során felszínre kerülő esetleges krízisállapotok menedzselése a kar pszichológus oktatójának bevonásával történik, illetve az Egészségfejlesztési Módszertani Intézet keretében jelenleg kialakítás alatt van egy Életvezetési Centrum, ahol mentálhigiénés és pszichológus kollégák közreműködésével az élethelyzeti megakadályozások támogatására szupervízióra, egyéb alternatív egyéni vagy csoportos intervencióra nyílik majd lehetőség.

A párválasztás kérdésénél tisztázzuk a főbb szempontokat, illetve a párkeresés jellemző stratégiáit. Mindenképpen hangsúlyozzuk, hogy a hosszú távú kapcsolatokban kialakuló bizalmi légkör, a kommunikáció mély szintjei, az érzelmi azonosulás stb. azok a tényezők, amelyek protektív előnyöket jelentenek. (N. B. értelmezésünk szerint ilyen kapcsolat a „klasszikus”, „konzervatív” értékrendszeren alapuló házasság.) A párkapcsolati készségek aktuális állapotát kérdőíves tesztekkel mérjük fel.

A kapcsolatok szilárd alapozásának (szükség szerint újra alapozásának) kérdését is kiemelten tárgyaljuk, hiszen az alap minősége, „állékonysága” meghatározza a felépítmény sorsát. Ehhez napjaink világa kimeríthetetlen lehetőségeket kínál, azonban ezek közül igen kevés az, amelyre építeni érdemes. Megpróbáljuk ezeket az alapértékeket közösen megkeresni, értelmezni.

Részletesen taglaljuk a kommunikáció különböző szintjeit. A kommunikációhoz az együtt töltött idő adja meg a keretet. Ez elengedhetetlenül szükséges a jól működő párkapcsolatokhoz. A megfelelő időgazdálkodás ilyen értelmű tanulása szintén jelentős feladatnak tűnik. Ehhez segítséget kívánunk nyújtani a hallgatóknak.

A kurzus elindításával egyik alapvető célunk volt, hogy sok fogalom napjainkban megfigyelhető jelentésbeli torzulását némiképpen korrigálni tudjuk. Megítélésünk szerint ilyen jelentésbeli torzuláson ment át a szeretet kifejezésünk is. A szeretet szó újraértelmezésében a Chapman által kidolgozott szeretetnyelv-teória sokat segít. E koncepciót mára már a pszichológia egésze – különösen a pozitív pszichológia – magáénak vallja. A szeretet akkor tölti be valódi funkcióját, ha a másik fél szeretve érzi magát. Ehhez pedig a személyiségünk eltérő volta miatt eltérő eszközök vezethetnek. Az öt szeretetnyelv Chapman megfogalmazása szerint a minőségi idő, a szívességek, az ajándékozás, a testi érintés, az elismerő szavak. Tartós párkapcsolat megőrzése érdekében fontos ismernünk a saját szeretetnyelvünk mellett a társunk ez irányú elvárásait. Ehhez megfelelő technikákat – egyáltalán a szemléletet – lehet elsajátítani, megerősíteni.

A szeretetthez hasonlóan a megbocsátás fogalmi váltsága is megfigyelhető. Ugyanakkor ennek újraértelmezése nélkül nincs eredményes konfliktuskezelés sem. Mind a megbocsátás, mind az effektív konfliktuskezelés elengedhetetlen a tartós párkapcsolat szempontjából.

Napjaink infokommunikációs világában az ember előfeltételezi, hogy a fiatal felnőttek mérhetetlen mennyiségű és főként megfelelő információhoz jutnak a szexualitás témakörében. Ugyanakkor az a paradoxon figyelhető meg, hogy míg a témában az információ mennyisége valóban korlátlan, a minősége rendkívüli mértékben destruáló. A főleg interneten terjedő és a fiatal által egy gombnyomásra elérhető szexuális információs szupersztráda hihetetlen mértékben rombolja a fiatalok szexuális attitűdjeit, elvárásait, összességében az egészséges szexuális identitás kialakításában igen kártékony. Ezért is helyezünk hangsúlyt többek között a helyes szexuális modellek közvetítésére, a promiszkuitás mentális és szomatikus veszélyeinek ismertetésére, a nem kívánt terhesség testi és lelki következményeinek taglalására, az abortusz kérdésére, a szexuális úton terjedő betegségek jelentőségére. Szubjektív benyomásaink alapján kezdetektől fogva igen nagy érdeklődés kísérte a kurzusokat. Az erre vonatkozó, a lehetőségekhez mérten objektív tapasztalatok megszerzése érdekében egy anonim kérdőívet állítottunk össze, amellyel célunk alapvetően az órák hallgatói megítélésének tesztelése volt. Ezért rákérdeztünk az órák érthetőségére, valamint a tárgy hallgatók által vélt hasznosságára. Tekintettel arra, hogy a téma nehézsége, intimitása nem nélkülözheti az oktató elfogadottságát, erről kívántunk visszajelzést kapni az „előadó stílusa” és „tetszettek az órák?” kérdésekkel.

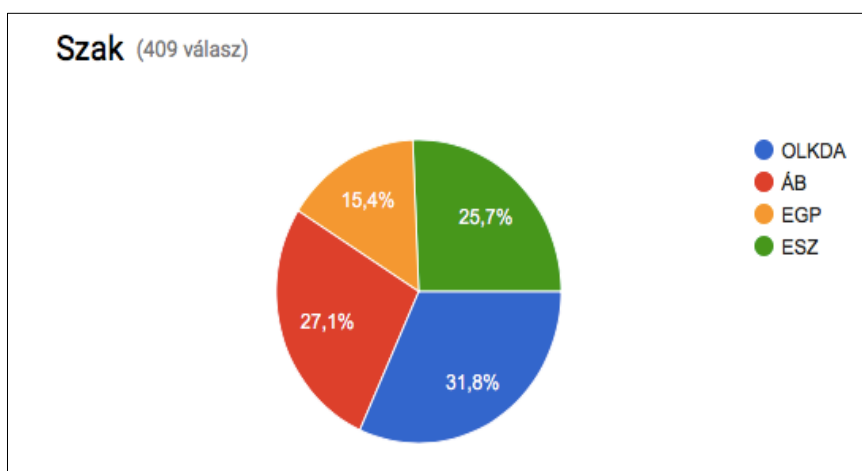
Mindezekon túl, az egyik meghatározó kérdésként tekintettünk az „úgy érzem, hogy változtatott rajtam” kérdésre. Szándékosan nem specifikáltuk részletesebben, mivel a hallgatói eredményességre, „összbenyomására”, főként az érzelmi intelligencia (EQ) változására irányult kérdésünk.

Összességében a kérdésekre – ahol ez kivitelezhető volt – egy 1-től 5-ig terjedő skálán kellett válaszolni, ahol az 1 a „nagyon rossz”, az 5 a „nagyon jó” értékelést jelentette. Ezen túl lehetőség volt további megjegyzéseket feltüntetni a lapon, illetve részletesebben értékelni a pozitív és negatív tapasztalatokat.

## EREDMÉNYEK

A 2012/13-as tanév óta 411 darab kérdőív érkezett be. (Az egyes kérdéseknél nem minden esetben volt egyértelmű a hallgató válasza, így a statisztikai feldolgozásban bizonyos válaszoknál ennél kevesebb esetszám szerepel.) A feldolgozás során megállapítható, hogy a kurzust hallgatók összetétele tükrözi a kar egyes szakjain tanuló hallgatók arányát. (Némiképpen az egészségügyi szervezők visszajelzése tűnik enyhén felülreprezentálnak.) Ennek megfelelően a hallgatók több mint 50%-a az orvosi laboratóriumi képalkotó diagnosztikai és ápolás-betegellátás alapszakról kerültek ki. [1. ábra]. A képzés sajátosságából adódóan a nő: férfi arány 86% vs. 14%. [2. ábra]

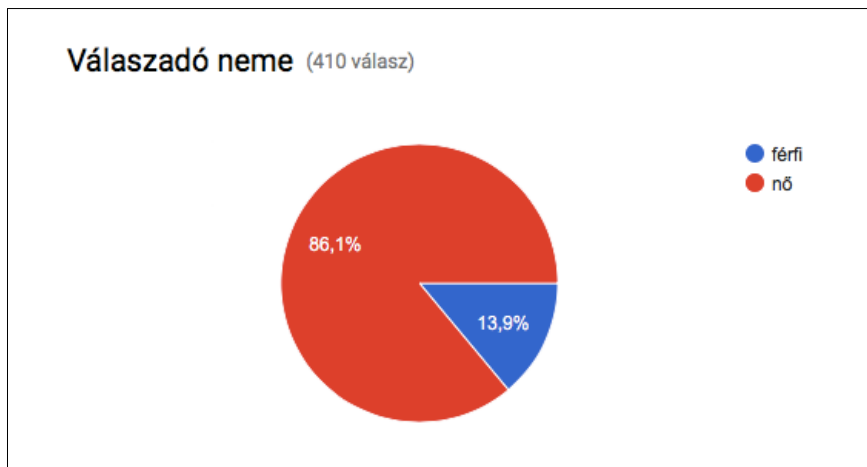
1. ábra: A hallgatók megoszlása szakonként



OLKDA: orvosi laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai analitikus, AB: ápolás és betegellátás, EGP: egészség gondozás és prevenció, ESZ: egészségügyi szervező

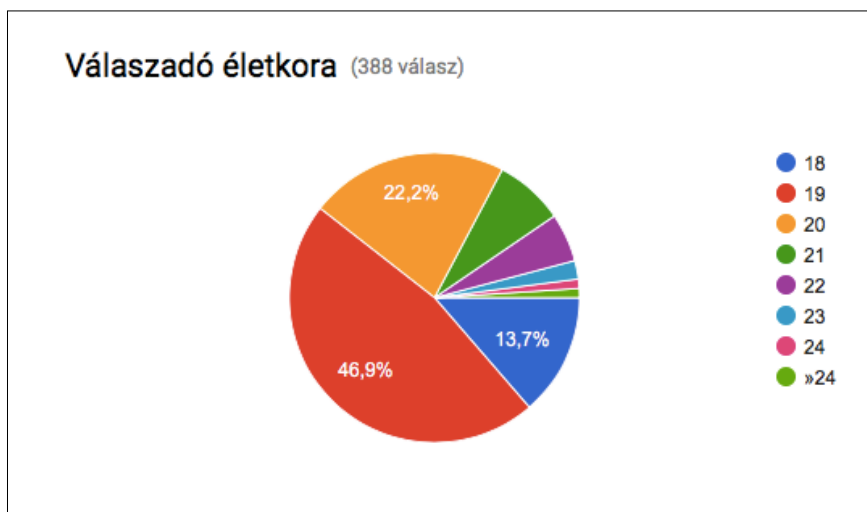
Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: A válaszadók neme



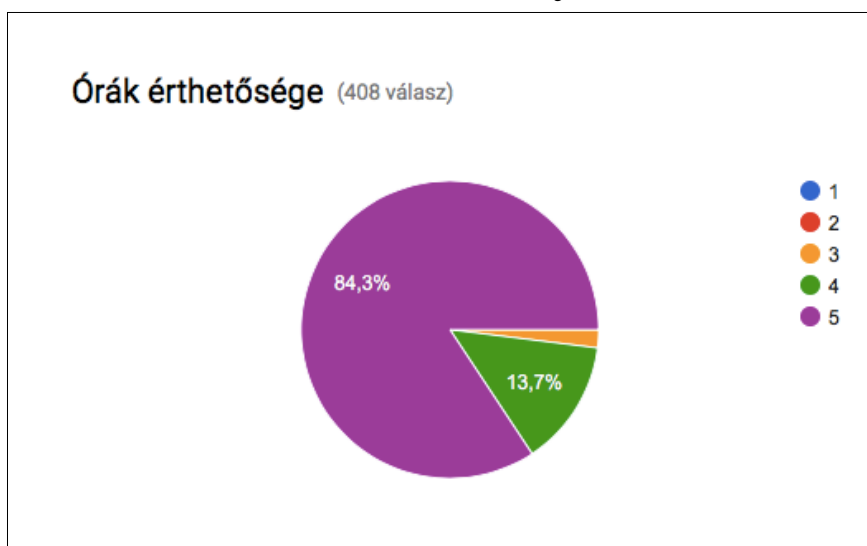
Forrás: saját szerkesztés

3. ábra: A válaszadók életkora



Forrás: saját szerkesztés

4. ábra: Az órák érthetősége

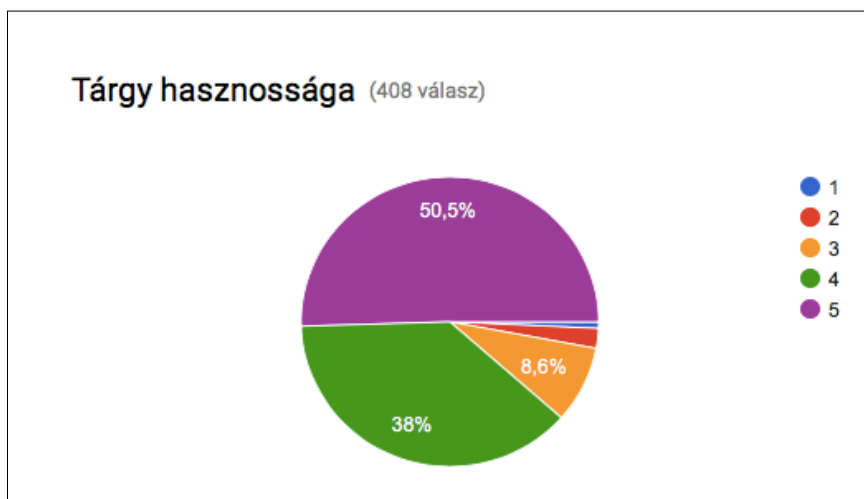


A további válaszok 1-től 5-ig terjedő skálán értelmezendők. 1 - "legrosszabb", 5 - "legjobb" minősítés  
 Forrás: saját szerkesztés

Az életkorok tekintetében nagyobb szórást találunk. Értelemszerűen csak 18 év feletti hallgatók vettek részt a foglalkozásokon. A legidősebb hallgató 30 éves volt. Megállapítható, hogy a hallgatói életkor tekintetében a válaszadók több mint háromnegyede 18–20 év közötti (a hallgatók a mintatanterv szerint az első évfolyamon tudják felvenni a tárgyat). Megjegyzendő, hogy a foglalkozások témáját tekintve (elsősorban házasság-központúság) talán szerencsésebb lenne a tárgyat későbbi évfolyamokon oktatni. Ennek lehetőségeit vizsgáljuk, de egyelőre ez technikailag nem kivitelezhető. [3. ábra] Fontosnak tartottuk annak vizsgálatát, hogy mennyire tartják a hallgatók érthetőnek az órákon elhangzottakat, illetve hogyan ítélik meg a tárgy hasznosságát. Örvedetes, hogy a 411 válaszadó közül összesen 8-an értékelték „hármasknak” az

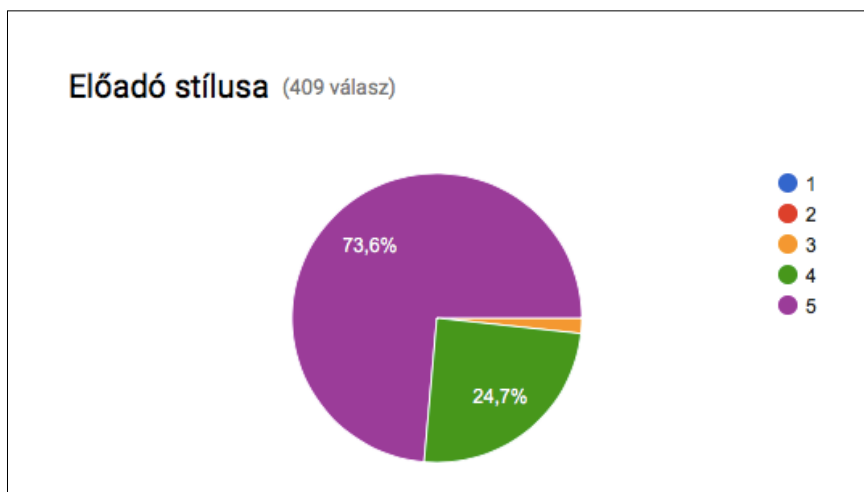
órák érthetőségét (volt, aki az akusztikus érthetőséget jelezte így), a többi hallgató megfelelőnek találta az anyag interpretálását. [4. ábra] A tárgy hasznosságát illetően már kicsit árnyaltabb képet kaptunk, hiszen a hallgatók némileg több mint ötven százaléka értékelte alapvetően hasznosnak a tárgyat, azonban a „négyes” értékeléssel így is több mint 80% fontosnak gondolja a kurzust. (Magyarázatul szolgálhat erre, hogy a képzése elején álló, valamilyen egészségügyi szakma irányában orientálódó hallgató először szembesülve a témával nehezebben tud mit kezdeni egy ilyen általános, személyiségfejlesztő, főként tréning jellegű tárggyal.) [5. ábra] Az előadók stílusa a hallgatók majdnem mindegyikétől a legkedvezőbb és kedvező megítélést kapta. Ezt lényegesnek gondoljuk a tárgy eredményes feldolgozása, együtt gondolkodás szempontjából. [6. ábra]

5. ábra: A tárgy hasznossága



Forrás: saját szerkesztés

6. ábra: Az előadó stílusa

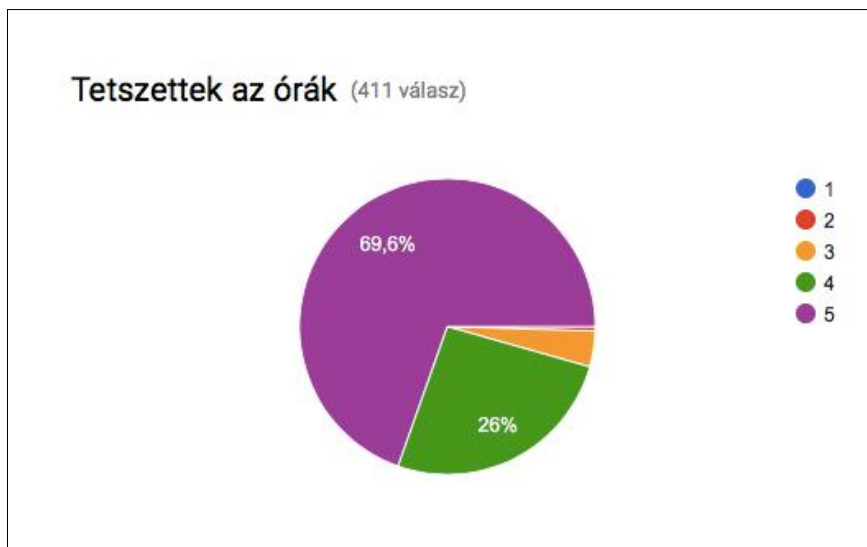


Forrás: saját szerkesztés

Az előző eredménnyel korrelál, hogy a hallgatók alig 4%-a értékelte hármassal a minőségre az órákat. Ennél rosszabb minősítést összesen két fő adott a 411-ből. Azért tartjuk ezt fontos eredménynek, mert amennyiben nem sikerül az életkori sajátosságoknak megfelelően érdekessé tenni az órát, akkor száraz, nehezen feldolgozható és semmiképpen sem fejlesztőnek mondható, „akadémikus” előadássá válik az anyag. [7. ábra] Az összes értékelési szempont közül a legfontosabb visszajelzést az „úgy érzem, hogy változtatott rajtam” megállapítás adta.

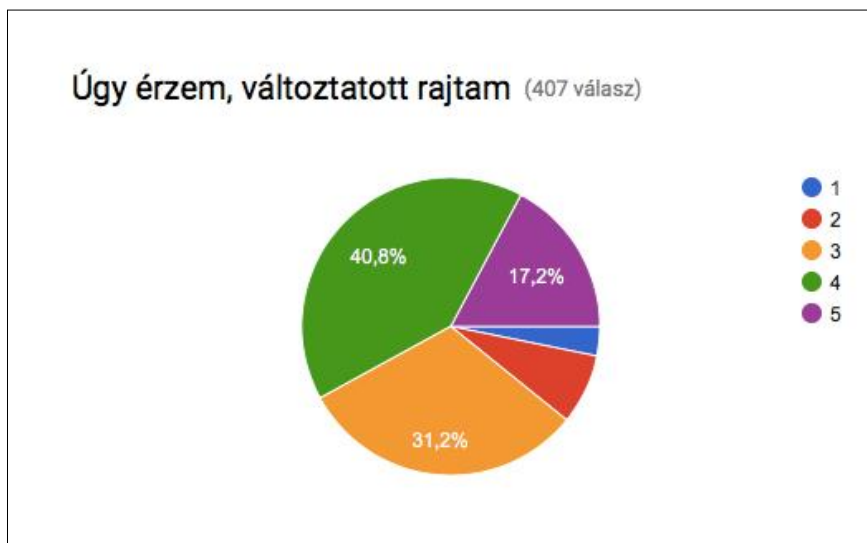
Rendkívül lényegesnek tartjuk, hogy a 411 fő több mint 50%-a erre négyes vagy ötös minősítéssel válaszolt. Értelmezésünk szerint ez azt jelenti, hogy nemcsak megértette az anyagot, hanem a személyes életében – akár azonnal is – hasznosítani tudta a megismerteket. (Több személyes beszélgetés is megerősítette, hogy sok embernek jelentősen változott az énképe, párkapcsolata, házassággal, családdal kapcsolatos attitűdje a kurzus hatására.) [8. ábra]

7. ábra: „Tetszettek az órák?”



Forrás: saját szerkesztés

8. ábra: „Úgy érzem, változtatott rajtam”

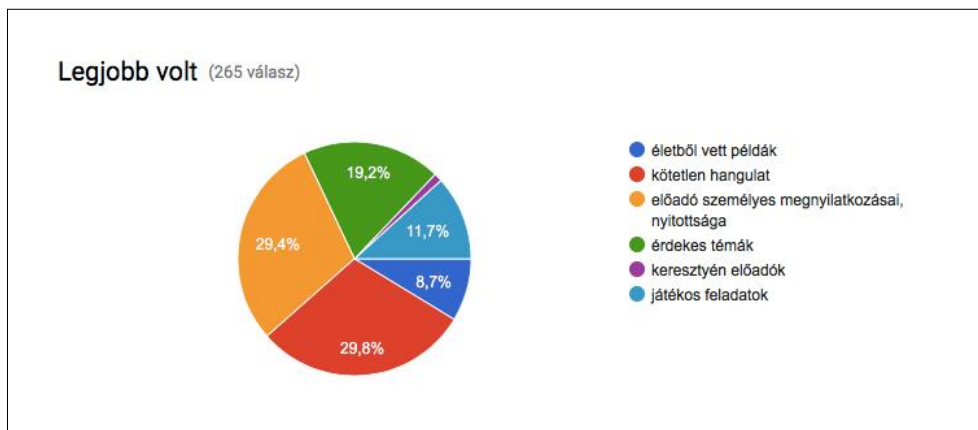


Forrás: saját szerkesztés

A hallgatók közel egyharmada kiemelte, hogy számára a legfontosabb az volt, hogy az előadó személyes példáival illusztrálta a foglalkozásokat. Fontosnak tartották továbbá a hallgatók a kötetlen, őszinte légkört és az érdekes témaválasztásokat is. Egyes hallgatók lényegesnek találták, hogy az előadók keresztyéni identitásuk (lelkipásztor, teológus). Ez mind az előadó „önvallomásából”, mind az alkalmazott és bemutatott példákban egyértelműen azonosítható volt. [9. ábra] Az elmúlt évek során volt néhány évfolyam, ahol az órákat az órarend sajátosságai miatt délután tudtuk megtartani. Ezt az azokon a foglalkozásokon részt vevők nagy része szóvá is tette a visszajelzésben, miszerint fáradt volt az óra kezdetére, és ez nagyban gátolta

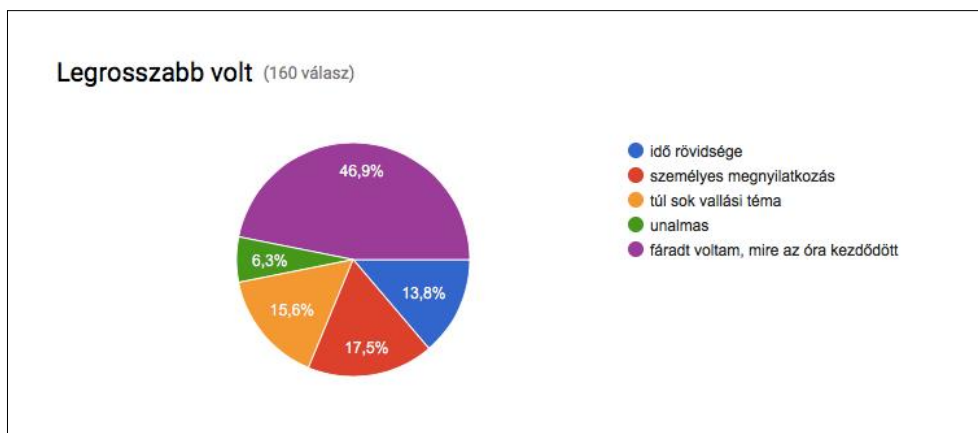
az aktív részvételt. (Tekintettel arra, hogy ez a tény az interaktivitást nagymértékben befolyásolja, a későbbiekben az órarend átstrukturálásával az órák korábbi időpontra kerültek.) Emellett negatívumként jelent meg a komfortzónából történő kilépés élménye is. Azonban negatívumot összesen a hallgatók kb. 1/4-e említett. [10. ábra] A későbbiekre vonatkozó témaválasztási javaslatok meglehetősen divergáltak. Nagy számú jelzés érkezett azonban a konfliktuskezelési technikákra, ideális párkapcsolati technikákra, valamint a házasság és család működésére vonatkozóan. Ezenkívül számtalan további témajavaslat érkezett, amit a későbbiek során igyekszünk figyelembe venni. [11. ábra]

9. ábra: „Ami a legjobb volt”



Forrás: saját szerkesztés

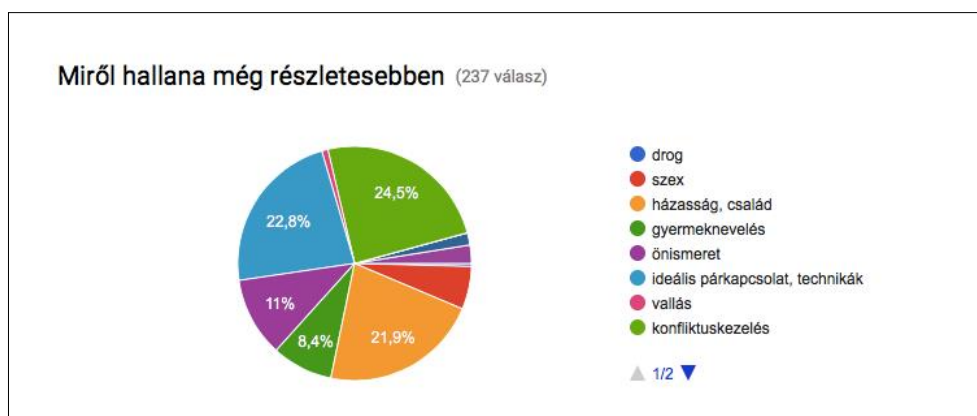
10. ábra: „Ami a legrosszabb volt”



Forrás: saját szerkesztés

<sup>1</sup> A protestáns egyházakban hagyományosan ezt a megnevezési formát használják.

11. ábra: Miről hallana a későbbiekben részletesebben?



Forrás: saját szerkesztés

## MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

Munkánk témaválasztásának több célja volt. Napjainkban egyre inkább megfigyelhető a konzervatív, klasszikus, tartós párokapsolati, házassági értékek devalválódása. Megítélésünk szerint ez – azon túl, hogy az individuum sérülését eredményezi – súlyosan kihat a társadalom egészének működésére. A szocializáció elsődleges színtere a család. A családban nemcsak a modellkövetés fejlődik, hanem többek között a konfliktuskezelési, coping technikák elsajátításának is elsődleges helye. Összességében a mentálhigiénés státus alapvető meghatározója.

A családi értékrendszer megőrzésében és támogatásában – osztársadalmi tekintetben – kiemelt szereppel bír a szociális és egészségügyi ellátórendszer, valamint az oktatás. Különösen lényeges ez utóbbi, hiszen az ellátórendszerek mindegyikét a humán erőforrás hiánya jellemzi, holott a családok megfelelő támogatás mellett képesek lennének megőrizni vagy visszanyerni a stabilitásukat. Reményeink szerint az általunk vázolt modell is hozzájárul a szakirányú humán erőforrás fejlesztéséhez. A hazai szakirodalomban nem találtunk ehhez hasonló, több féléves, átfogó, specifikus tantárgyi tematikát, illetve reprezentatív mennyiségű adatot a témával kapcsolatos hallgatói attitűdökre vonatkozóan. Ezért munkánkban célul tűztük ki egyrészt

az egészségügyi hallgatók párokapsolati készségének, szociális kompetenciáinak fejlesztésére kidolgozott tananyag bemutatását, amely segítséget nyújthat a hasonló területen tevékenykedő kollégák munkájához is.

Célunk volt továbbá, hogy vázlatosan elemezzük a hallgatói visszajelzéseket a „Társas kapcsolatok mentálhigiénés támogatása” című tárgykapcsolatban.

Összességében az elmúlt néhány év tapasztalata alapján az a meggyőződésünk, hogy az egyetemista korosztályú fiatalok rendkívül nyitottak a párokapsolatot, házasságot érintő kérdések feldolgozására, megvitatására. Ebben nyitottak az esetleg életkorban távolabb álló, de nagyobb személyes tapasztalattal rendelkező oktatók felé is. Szükséges azonban a megfelelő módszertan kialakítása, hogy a személyiségfejlesztő tevékenységünk effektív legyen.

Őszintén ajánljuk minden érdeklődő kollégának az általunk kidolgozott, párokapsolati kompetenciákat fejlesztő oktatási anyagunkat. Készséggel állunk a későbbiekben is az érdeklődő intézmények rendelkezésére, több éves tapasztalataink részletes megosztására e témakörben. Javasoljuk továbbá egy interakció elindítását az egészségügyi felsőoktatásban (és más társszakokban) tevékenykedő kollégák között, valamint a hasonló támogató szerep közös felvállalását az osztársadalmi kedvezőbb demográfiai és családszociális célkitűzések megvalósításához.

### HIVATKOZÁSOK

- 
- <sup>1</sup> Pikó B. Védőfaktorok nyomában. Budapest, L'Harmattan Kiadó, 2010.
  - <sup>2</sup> Pikó B. Adolescents' health behaviors in the light of their value orientations. *Substance Use and Misuse*. 2005; 40:735–742.
  - <sup>3</sup> Kovács J. Pszichiátria és medikalizáció. A pszichiátrizálás okai. *Lege Artis Medicinae*. 2004;14(7):520–524.
  - <sup>4</sup> Pikó B. Magatartásorvoslás – egészségfejlesztés – társadalomlélektan. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 2003;13:5–10.
  - <sup>5</sup> Kovács E. A tradicionális szociokulturális védőfaktorok szerepe a fiatalok problémaviselkedésében. Doktori tézisek. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2012.
  - <sup>6</sup> <http://www.magypaxromana.hu/kiadvanyok/csalad/tringer.htm> Elérve: 2018. 10. 01.
  - <sup>7</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27416623>, 2018.10.01 Elérve: 2018. 10. 01.
  - <sup>8</sup> Romanov K, Varjonen J, Kaprio J, et al. Life events and depressiveness – the effect of adjustment for psychosocial factors, somatic health and genetic liability. *Acta Psych Scand*. 2003;107:25-33.
  - <sup>9</sup> Spector PE, Cooper CL, Poelmans S, et al. A cross-national comparative study of work-family stressors, working hours, and well-being: China and Latin America versus the Anglo world. *Person Psych*. 2004;57:119-142. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2004.tb02486.x> Elérve: 2018. 10. 01.
  - <sup>10</sup> <http://www.magypaxromana.hu/kiadvanyok/csalad/kurimay.htm> Elérve: 2018. 10. 01.
  - <sup>11</sup> Juhász V. Szocializáció és személyiségfejlesztés, OFI, <http://regi.ofi.hu/tudastar/kihivasok-valaszok/szocializacio>, 2009, 06. 17. Elérve: 2018. 10. 01. Elérve: 2018. 10. 01.
  - <sup>12</sup> <http://web.uni-miskolc.hu/~lelkesz/tortenet.htm> Elérve: 2018. 10. 01.
  - <sup>13</sup> Lee N, Lee S. A házasság könyve. KIA, Budapest, 2007.
  - <sup>14</sup> Chapman G. 12 dolog, amit jó lett volna tudni az esküvő előtt. Harmat Kiadó, Budapest, 2015.
  - <sup>15</sup> Chapman G. Az 5 szeretetnyelv: Egymásra hangolva - Az életre szóló szeretet titka. Harmat Kiadó, Budapest, 2015.
  - <sup>16</sup> Kopp M, Kovács ME (szerk.) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2009.
  - <sup>17</sup> Fiatalok az élet küszöbén. Timóteus Társaság Alapítvány, Budapest, 2016



# A családi tradíció szerepe a kisdetek és kisgyermek táplálkozásában

## The role of family tradition in the nutrition of toddlers

Szerzők: Karácsony Ilona<sup>a</sup>, Kölkedi Petra Vivien<sup>b</sup>, Pakai Annamária<sup>a</sup>

*a: PTE ETK Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet Védőnői és Prevenációs Tanszék, b: Szombathelyi Egyesített Bölcsődei Intézmény Bokréta Bölcsőde*

Beküldve: 2018. 06. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i4.327

**Bevezetés, célkitűzés:** Az anya nevelési stílusa, iskolai végzettsége meghatározó lehet gyermeke táplálkozási szokásainak kialakításában, felmérésünk célja volt ezen tényezők hatásának vizsgálata a gyermekek táplálási szokásának kialakítására. Kutattuk, hogy a média hatással bír-e az új, egészséges élelmiszerek vásárlására.

**Anyag és módszer:** A kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunkba nem véletlenszerű, kényelmi mintavétellel Szombathelyen és Táplánszentkereszten olyan családok kerültek beválasztásra, akik 2-6 éves korú gyermeket neveltek. Az adatgyűjtéshez saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk. 100 kérdőív volt értékelhető. Az adatfeldolgozás SPSS Statisztikai Szoftver és Microsoft Office Excel 2007 segítségével történt. Leíró statisztika mellett, két változó összefüggéseinek megállapítására  $\chi^2$  próbát használtunk ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** A családokban a gyermekek táplálkozása változatos étrendet követve valósult meg, de szüksége lenne minden gyermeknek mindennap zöldség- gyümölcsfélékre, tejtermékekre. A magasabb iskolai végzettségű anyukák jobban odafigyeltek gyermekeik táplálkozására, de nem mutatkozott befolyásoló tényezőnek az anya iskolai végzettsége, táplálási stílusa ( $p > 0,05$ ). A családi étkezésben újonnan bevezetett egészséges élelmiszerek megválasztásánál a családok nagy része a barátok, családtagok véleményére hagyatkozott, azonban meghatározó szerepet játszott a média is a vásárlási szokásokban. A megkérdezettek gyermekeinek többsége normál BMI-vel rendelkezett, a gyerekek ¼-e túlsúllyal küzdött. Azonban az anya táplálási stílusa nem mutatott összefüggést a gyermekek súlyának alakulásával ( $p > 0,05$ ).

**Következtetés:** A kutatás összegzéseként azt a konklúziót vonhatjuk le, hogy az anyák többsége törekszik a változatos táplálkozás kialakítására. A média szerepe is befolyásoló hatású annak ellenére, hogy legtöbbször a tradíciókat tisztelik.

**Kulcsszavak:** családi hagyományok; táplálás; táplálási stílus

**Introduction and objective:** The parenting style and the education level of mothers may determine how eating habits of children are formed. The aim of our study was to explore how these factors influence the development of child nutrition habits. We explored whether the media has an influential impact on the habits as regards buying healthy food.

**Materials and methods:** We performed quantitative, cross-sectional research by convenience sampling in Szombathely and in Táplánszentkereszt. Our target group was parents with 2-6 year-old children. A self-compiled questionnaire was used for the collection of data. 100 questionnaires could be evaluated. Data processing took place with the help of SPSS Statistical Software and Microsoft Office Excel 2007. Descriptive statistics were used, furthermore the  $\chi^2$  test ( $p < 0,05$ ), was applied to determine the relationship between variables.

**Results:** Children's diet in families were varied, but it would be necessary for every child to eat fruits and vegetables as well as dairy products every day. Mothers with higher education level better cared for the nutrition of their children, however, there cannot be found any connection between the feeding style and the mother's level of education ( $p>0,05$ ). When choosing healthy foods for family meals, most of the families relied on the opinions of friends and family members, but the media also played a decisive role in shopping habits.

Most of the surveyed children had adequate BMI, but even so, a quarter of them struggled with overweight. However, the feeding style of the mother was not related to the development of children's nutritional status ( $p>0,05$ ).

**Conclusion:** As a summary of the research, we conclude that the majority of mothers strive to develop a varied nutrition. The media has also influencing effects, despite the fact that most people revere the traditions.

**Keywords:** family tradition; nutrition; feeding style

*"E földi vándorúton ama bizonyos hamuba sült pogácsa a család. Jó szava, szelleme, védőszentje a mesebeli hősnek. Aki nélküle indul, nagyobb veszedelmek közé kerül, sebezhetőbb minden tekintetben.*

*Némelykor épp legutolsó menedék...*

*A család az, ahol zúzmarás időkben titkon ünnepelhető a titok:*

*Az egyyüvé tartozás tudata. "*

*(Sütő András: A megtartó család dicsérete)*

## 1. BEVEZETÉS: AKTUALITÁSOK A KISDEDEK, KISGYERMEKEK TÁPLÁLÁSA TERÉN

A család minták, szokások átadásának az elsődleges területe, gasztronómiai, táplálkozási értékek őrzője, áthagyományozója generációkon keresztül. Ez védőfaktor is lehet, ha a tradíciók tudással párosulnak, ha a szülők megfelelő ismeretekkel rendelkeznek és képesek a megújulásra.

Az egészséges táplálkozási attitűdök, szokások kialakítása fontos primer prevenciós feladat, melyet már a családban, a családtervezésnél kell elkezdni, a táplálkozási egészségmagatartásra vonatkozóan a korai életszakaszban szerzett ismeretek, készségek életre meghatározóak lehetnek. Jósvai és mtsa az először gyermeket vállaló szülők szülői szerepre való felkészültségének vizsgálata során azt tapasztalta, hogy az édesanyák 3%-ának, az édesapák 4%-ának volt egyéb kategóriába tartozó szenvedélybetegsége, melyek közt az internetfüggőség mellett a táplálkozási zavar is megjelent.<sup>1</sup>

Több kutatás is bizonyította, hogy a kisgyermek étrendje a felnőttekéhez hasonlít, elmarad az egészségestől, sokszor ugyanazt fogyasztották, mint szüleik és megjelentek a kényelmi termékek is a mindennapi étkezésben.<sup>2,3</sup> A bölcsődei szakemberek is azt tapasztalták, hogy a szülők azt gondolják, gyermekük kis felnőtt étkezés szempontjából.<sup>4</sup> Bíró és munkatársai 1-3 éves gyermekek háromnapos táplálkozási feljegyzés típusú kérdőívvel végzett komplex táplálkozási vizsgálata alapján (1-2 évesek  $n=92$ , 2-3 évesek  $n=102$ ) a napi energiabevitel az 1-2 éveseknél kevesebb és a 2-3 évesek körében valamivel magasabb volt az ajánlottnál. Az omega-3 és az omega-6 telítetlen zsírsavak fogyasztásának aránya mindkettő korcsoportnál magasabb volt a javasoltnál. A szénhidrátból származó energiabevitel megfelelt, de a fehérjebevitel átlaga a gyerekek 30%-ánál a határérték felett volt.<sup>2</sup> A kisgyermek túl sok üres kalóriát, zsírt, finomított szénhidrátot és sót fogyasztanak, ami hosszútávon elhízáshoz és számtalan betegség kialakulásához vezethet, főként, ha mindez mozgásszegény életmóddal is társul.<sup>5</sup> Arató 1-3 éves gyermekek ( $n=211$ ) táplálkozási szokásainak felmérése alapján kiugró értéket mutatott a hozzáadott cukor alkalmazása. A koleszterin fogyasztás mértéke is meghaladta a gyerekek felénél az ajánlottat. De a vasfogyasztás a gyerekek egyharmadánál 70%-kal volt a szükségesnél kevesebb.<sup>3</sup> Nemcsak az étrend minőségi összetevőire érdemes odafigyelni, hanem az étkezési ritmusra is. Beke és mtsai 3-6 évesek gyermekek vizsgálatában azt tapasztalta, hogy a gyerekek több mint ötöde nem reggelizik.<sup>5</sup> A bölcsődevezetők szerint ez

még kedvezőtlenebb képet mutat, szerintük a gyermekek 39%-a, a gondozónők szerint a 45,5%-uk reggelizik csak otthon.<sup>4</sup>

Szeged 20 óvodájában végzett kutatás eredményei alapján az édesanyák iskolai végzettsége összefügg az egészségügyi és életmódbeli ismereteikkel, amelyek nagyban befolyásolják az óvodás korú gyermekek táplálkozási szokásait. Az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők a gyerekek egészségére kedvezőtlenebb táplálkozási szokásokat részesítettek előnyben, míg a magasabb végzettséggel rendelkezők tudatosabban figyeltek az egészséges táplálkozásra.<sup>6</sup> A kisgyermeket könnyű megtanítani az egészséges életmódra, de ehhez a szülők, főleg az édesanya példamutatása szükségeltetik. A családi minta mellett fontos szerepe van a bölcsődei, óvodai, iskolai nevelésnek is az egészséges életmód kialakulásában.<sup>7</sup> Ennek megfelelően Maharos és mtsai 2012-ben végzett országos kutatása a bölcsődei közétkeztetést vette górcső alá. A bölcsődék majdnem fele naponta háromszor, míg az egyharmaduk kétszer adott friss zöldséget és gyümölcsöt a gyermekeknek. A leggyakrabban felkínált kenyérfélék: félbarna, fehér, rozs- és magvas kenyér. A felmérésben szereplő bölcsődék 86,9%-ában kaptak csapvizet a gyermekek folyadékpótlásra. A bölcsődék 52,5%-ban adtak cukros teát a gyermekeknek. Egészséges életmóddal kapcsolatos programokat a megkérdezett bölcsődék 44,3%-a rendez évente a szülők számára.<sup>4</sup>

Már kisgyermekkorban egyre gyakoribbak a táplálkozási problémák, az elhízás és a túlsúly. Világszerte körülbelül 17,6 millió 5 évesnél fiatalabb, túlsúlyos gyermek él.<sup>3</sup> Magyarországon 1998-ban az elhízás 5 éves korban 21,96%, 11 éves korban 62,47% volt, 2000-ben pedig 27,9%-ra, illetve 71,65%-ra emelkedett.<sup>8</sup> Az elhízásnak sok oka lehet, többek közt, a szülők helytelen példája, a média hatása, a rossz nevelési stílus, vagy éppen a család pekuniáris (*anyag*) körülményei.

## 2. MÓDSZERTAN. TÁPLÁLKOZÁSI SZOKÁSOK VIZSGÁLATA KISGYERMEKKORBAN

A kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunk célja volt, hogy feltárjuk a családok étkezési szokásait, az anyák táplálási stílusát s ezen utóbbi tényező hatását a gyermekek tápláltsági állapotára. Felmértük a családok étkezésébe újonnan bevezetett,

egészséges élelmiszerek vásárlását, az azt befolyásoló humán faktorok és a média szerepét.

A minta kiválasztása nem véletlenszerű, kényelmi mintavétellel történt olyan szülők bevonásával, akik 2–6 éves gyermeket neveltek és gyermekeik nappali ellátása bölcsődében vagy óvodában valósult meg.<sup>9,10</sup> Kizárási kritériumként került megfogalmazásra a családban előforduló ételallergia, ételintolerancia. A kérdőívek Szombathelyen a Meseház Bölcsődében és az Aréna Óvodában, valamint Táplánszentkereszten a Hétkastély Kertje Művészeti Óvoda és Bölcsődében kerültek kisorsztásra. Vizsgálatunk során 200 kérdőívől 130 érkezett vissza, melyből 100 db volt értékelhető. A fel nem használt kérdőívek közül 2-t kitöltetlenül, 15-öt hiányos kitöltéssel, 13-at rosszul kitöltve hoztak vissza a szülők. Az adatgyűjtéshez saját szerkesztésű kérdőívet használtunk, az anyák táplálási stílusát a gyermek táplálási kérdőív (CFQ: Child Feeding Questionnaire) kategorizálása alapján vizsgáltuk.<sup>11</sup> Az adatfeldolgozás SPSS Statisztikai Szoftver és Microsoft Office Excel 2007 segítségével történt. A leíró statisztika mellett két változó összefüggéseinek megállapítására  $\chi^2$  próbát ( $p < 0,05$ ) használtunk.

## 3. EREDMÉNYEK

### 3.1. Élelmiszerek fogyasztási gyakorisága a családokban

A válaszadók közül 92 nő, 8 férfi, átlagéletkoruk 34,88 év, a családok fele 2 gyermekes, az egy főre jutó jövedelem 51-90 ezer forint. Az édesanyák átlag BMI értéke testmagasság és testtömeg önbevallása alapján 23,06. Az édesanyák 24%-a tartozott túlsúlyos vagy elhízott kategóriába, az édesapák közel fele túlsúlyos vagy elhízott tápláltsági állapotú volt, az átlag BMI érték körükben 26,04. Iskolai végzettség tekintetében a legtöbben az anyák közül főiskolát vagy felsőfokú alapképzést, az apák közül szakiskolát, szakközépiskolát végeztek. A gyermekek átlagéletkora 5,9 év volt.

A szülők válaszain keresztül vizsgáltuk a családokban a leggyakoribb élelmiszertípusok fogyasztási gyakoriságát a kisgyermekek körében. A megkérdezett szülők gyermekeinek 49%-a minden nap, 24%-a kétnaponta, 23%-a háromnaponta, 4%-a kétszer egy héten fogyasztott valamilyen zöldség-

félét párolva, főzelékként vagy rakott ételként. A minta majdnem 50%-ának csak kétnaponta vagy háromnaponta szerepelt főtt zöldségféle az étrendjében. A gyümölcsfogyasztásnál valamivel jobb az arány, itt 67% naponta, 21% kétnaponta, 7% háromszor egy héten, 4% kétszer egy héten, 1% egy héten egyszer evett gyümölcsfélét. A kisgyermek 80%-a naponta, 13%-a kétnaponta, 6%-a naponta és 1%-a hetente egyszer fogyasztott valamilyen tejtermékfélét. Azon édesanyák, akik nem minden nap adtak gyermeküknek tejterméket, nagyobb gyakorisággal az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körébe tartoztak (29,4%), szemben a középfokú (17,1%) és felsőfokú végzettséggel (17,1%) bírtoklókkal, de a vizsgált változók (az anyai iskolai végzettség és a gyermekek tejfogyasztási gyakorisága) közötti kapcsolat  $\chi^2$  próbával nem nyert bizonyítást ( $p=0,501$ ). A család jövedelmi helyzete sem volt befolyásoló tényező a gyermekek tejfogyasztásának gyakoriságára ( $p=0,828$ ).

Mint látható a kisgyermek 2/3-a (67%-a) gyümölcsfélét főzve, nyersen, 49%-a zöldségfélét főzve, párolva mindennap fogyasztott. Legnagyobb mértékben, a családok több mint háromnegyedénél jelent meg tejtermék mindennap a kisgyermek asztalán.

Ábrahám és mtsai kutatásában, valamint Péntes kutatásában a naponkénti gyümölcsfogyasztás kedvezőbb képet mutatott, szemben a főtt zöldségek bevitele 15%-kal kevesebbet.<sup>6,8</sup> Ezek a számadatok elgondolkodtatóak, felhívják a figyelmet a vizsgált élelmiszerek naponkénti illetve naponként többszöri fogyasztásának előtérbe helyezésére. Kimondottan a zöldségfélék prioritását szükséges növelni mind nyers, mind főzött, valamint rakott formában.

Arra a kérdésünkre, hogy milyen húst fogyasztanak a leggyakrabban a családok, azt a választ kaptuk, hogy a családok több mint fele a baromfiféléket (68%), a sertéshúst viszont csak 32%-uk részesítette előnyben. Senki sem jelölte be válaszként a marhahúst, a vadhúst vagy a halat. A gyermekek étkeztesésében nem jelenik meg a halfogyasztás, így a későbbi életkorban sem válhat majd igénnyé ezen termék beépülése a mindennapi étrendbe. Legtöbb esetben ünnepnapokon fogyasztanak csak a családok hal felhasználásával készült ételleket, melyre utal Beke és mtsai publikációja is, ezzel szemben kedvezőbb adatokat kapott Czinner kutatása: a vizsgált családok egynegyedének került

az asztalára havonta valamilyen halból készült étel.<sup>5,12</sup>

Pékáruként 42% fehérkenyeret vagy félbarna kenyeret, 9% rozsláng kenyeret, 7% magvas kenyeret, 13% teljes kiőrlésű pékárut, 29% péksüteményeket (zsemle, kifli, cipó, percc, kalács, briós, bukta, kuglóf, pogácsa, kakaós csiga, túrós táska, lekváros táska stb.) vásárolt a legszívesebben. Jelentős azon családok száma, akik péksüteményt és túl kevés azoké, akik teljes kiőrlésű pékárut fogyasztottak a mindennapi étkezés során. A pékárufogyasztást az édesanyák iskolai végzettségével összevetve a következő eredményeket kaptuk: az alacsonyabb végzettségűek 100%-ban fehérkenyeret vagy félbarna kenyeret, a középfokú képesítéssel rendelkezők 44%-a fehérkenyeret, félbarna kenyeret, 9-9%-a rozsláng kenyeret illetve teljes kiőrlésűt, 5%-a magvasat és 33%-a péksüteményeket biztosított a család részére, a felsőfokú képzettséggel rendelkezők 37%-a fehér vagy félbarna kenyeret, 9-9%-a rozsláng kenyeret illetve magvasat, 17%-a teljes kiőrlésűt, 28% péksüteményeket. A főzés során használt zsiradék túlnyomó többségben, 67%-ban növényi zsír, 1%-ban baromfi zsír, 24%-ban sertészsír, 4-4%-ban vaj és margarin, a családok nagy része e tekintetben törekszik az egészségesebb étel készítésére, fogyasztására.

A kisgyermek étrendjében a kutatásunk által felmért élelmiszerek előfordulási gyakorisága és az édesanyák iskolai végzettsége közötti kapcsolatot  $\chi^2$  próbával vizsgáltuk. A gyermekek gyümölcs- ( $p=0,338$ ) zöldség- ( $p=0,316$ ), tejtermékfogyasztása ( $p=0,501$ ) és az anyák iskolai végzettsége között nem találtunk összefüggést, sem azzal, milyen húsfélét ( $p=0,538$ ), pékárut ( $p=0,369$ ) fogyasztanak leggyakrabban. Továbbá, nem kaptunk összefüggést a pékárufogyasztás mértékével ( $p=0,793$ ), valamint, a főzés során felhasznált zsiradék fajtájával sem ( $p=0,897$ ). A saját kutatási eredményeink 100 értékelhető szülői kérdőív válaszain alapultak, ezért mindenképpen szükséges mind a hazai mind a nemzetközi kutatási eredményekkel történő összehasonlítás. Péntes és mtsai hasonló életkorú gyermekek szüleinek megkérdezése során ( $n=528$ ) szintén azt tapasztalták, hogy a kisgyermek étrendjében a zöldség- és a gyümölcsfogyasztás megjelenési gyakorisága nem mutat kapcsolatot az édesanyák iskolai végzettségével, ellenben a tejfogyasztás gyakorisága esetében már meghatározó volt az anya képzettségi szintje.<sup>6</sup> Fernandez és

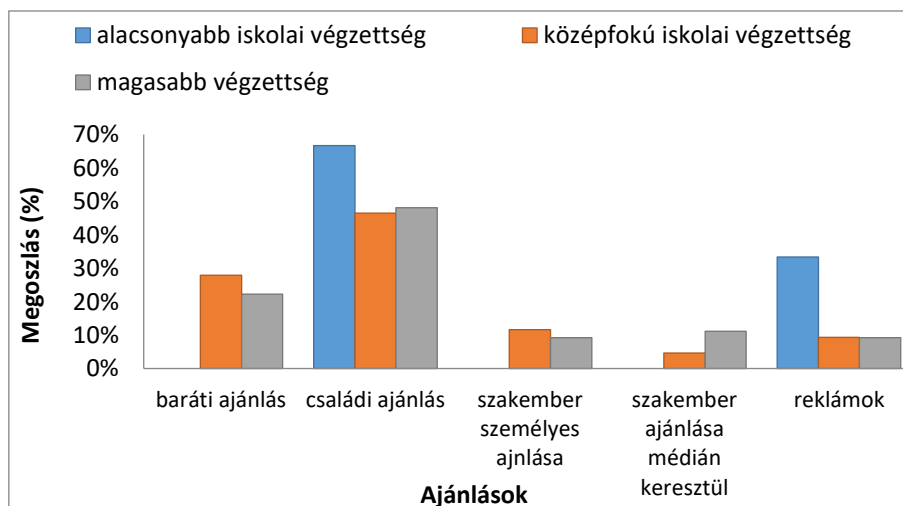
mtsai Európa nyolc országában 2 és 9 éves gyermekek szüleinek kérdőíves vizsgálatának eredménye alapján (n=14426) viszont az anya képzettségi szintje befolyásoló tényező a gyermekek zöldség- és gyümölcsfogyasztásának gyakorisága tekintetében, az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező édesanyák gyermekeinél mind a zöldség mind a gyümölcsfogyasztás kisebb mértékű volt.<sup>13</sup> Jövőbeni kutatási cél lehet nagyobb elemszám bevonásával az édesanyák iskolai végzettsége és a gyermekek ételmiszerfogyasztási szokásai közti kapcsolat vizsgálata.

### 3.2. A családi étkezésben újonnan bevezetett egészséges élelmiszerek vásárlásában szerepet játszó tényezők

Fernandez és mtsai vizsgálati eredménye alapján meghatározó az édesanyák iskolai végzettsége a család asztalára kerülő új, az egészséget preferáló élelmiszerek választásában is.<sup>13</sup> Kutatásunkban mi is tanulmányoztuk a családok étkezésében újonnan bevezetett egészséges élelmiszerek vásárlását befolyásoló tényezőket (család, barátok, szakember ajánlása, média) az anyák iskolai végzettségének függvényében. Az általános iskolai végzettséggel rendelkező édesanyák 33,3%-ban a reklámokat, 66,7%-ban a családi ajánlást preferálták elsősorban. A szakiskolai képzettséggel bírók között a média befolyásoló szerepe nem jelent meg, míg a megkérdezettek 21,4%-a szakember személyes ajánlása, 42,9%-a családi, 35,7%-a baráti támogatás alapján választott új, az egészségre kedvező élelmiszert a

család asztalára. A (gimnáziumi, szakközépiskolai) érettségivel rendelkezők 13,8%-a a reklámokat, 6,9%-6,9%-a a szakorvos médián keresztül vagy személyes ajánlását, 48,3%-a a családi, 24,1%-a a baráti ajánlást helyezte előtérbe. A felsőfokú szakképzettek 7,7%-7,7%-a reklámokat, valamint a szakemberek médián keresztül javaslatát részesítette előnyben, 15,4%-15,4%-a a szakorvos személyes, valamint a barátok véleményét, 53,8%-a a családi támogatást tartotta mérvadónak. A főiskolát végzeteknek a 11,1%-11,1%-a a reklámokat, illetve a szakorvos médián keresztül közvetített véleményét vette alapul, 5,6%-a a szakember személyes ajánlását, 47,2%-a családi, 25%-a a baráti ajánlást fogadta meg. Az egyetemi végzettségűek 10%-10%-ban a reklámokat, illetve a szakorvos személyes, 8%-ban a szakorvos médián keresztül, 48%-ban a család, 24%-ban a barátok ajánlását tartotta irányadónak. Az eredmények alapján az a következtetés vonható le, hogy a szülők elsősorban a családjuk véleményére alapoznak, majd ezt követően a barátok tapasztalatai segítik a családi étrendben bevezetett új élelmiszerek megválasztását. A családi ajánlás, a tradíciók követése elsődleges volt a megkérdezett családok számára egy újabb, egészséges élelmiszer, termék megvásárlása során, iskolai végzettségtől függetlenül. A családi étkezésben újonnan bevezetett egészséges élelmiszerek vásárlását befolyásoló tényezőket (humán faktorok, média) az iskolai végzettséggel összevetve, a vizsgált változók között nem volt kapcsolat (p =0,765). [1. ábra]

1. ábra: A családi étkezésben újonnan bevezetett egészséges élelmiszerek vásárlását segítő tényezők az anya iskolai végzettségének tükrében (N=100)



Forrás: saját szerkesztés

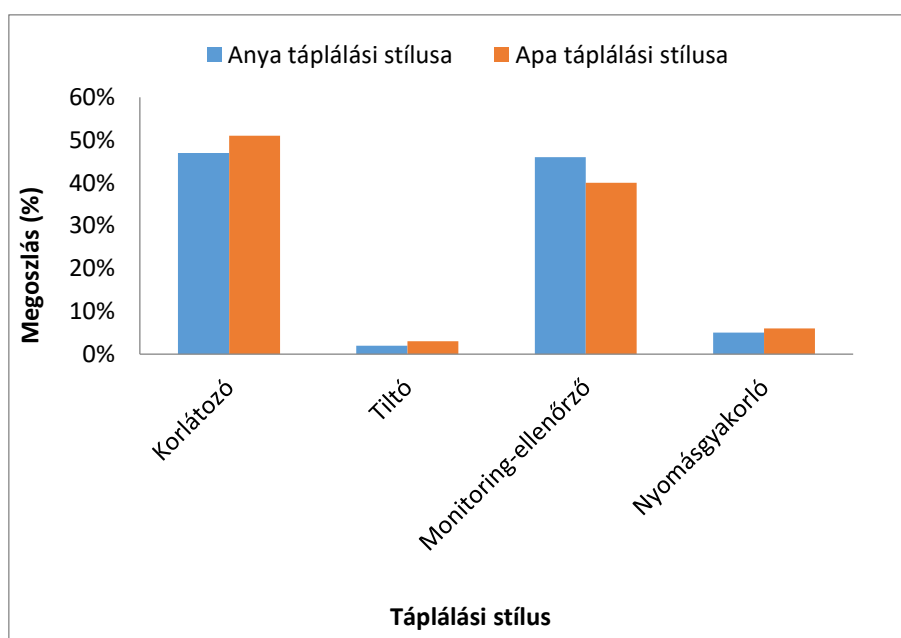
### 3.3. A szülők táplálási stílusa

A szülők táplálási stílusa nagyon fontos a gyermekek táplálkozási szokásainak kialakulása során. Hiszen a nem megfelelő példa, táplálási stílus a gyermekekben nem megfelelő táplálkozási egészségmagatartást, attitűdöket, szokásokat alakíthat ki. Ezen kívül az is nagyon fontos, hogy mindkét szülő ugyanazon táplálási stílust alkalmazza, az eltérő nevelés segítheti az elhízás, vagy épp az alultápláltság kialakulását.

A táplálási stílusokat a gyermek táplálási kérdőív (CFQ: Child Feeding Questionnaire) kategorizálása alapján vizsgáltuk, mellyel Rodgers és mtsai

2013-ban publikált tanulmányában találkoztunk.<sup>11</sup> A Melbourne-ben készült kutatás során 4 fő anyai táplálási magatartást tudtak megállapítani az alsókálák alapján: monitoring-ellenőrző, tiltó, korlátozó és nyomásgyakorló. Kutatásunk válaszai alapján az anyák 47%-a korlátozó, 2%-a tiltó, 46%-a monitoring-ellenőrző táplálási stílust alkalmazott, 5%-a nyomásgyakorlást folytatott. Az apák 51%-a korlátozó, 3%-a tiltó, 40%-a monitoring-ellenőrző, 6%-a pedig nyomásgyakorló táplálási stílust alkalmazott. [2. ábra] Számításaink alapján a szülők 84%-ánál megegyezett, 16%-ánál viszont különböző az anya és az apa táplálási stílusa.

2. ábra: Édesanyák és édesapák táplálási stílusának megoszlása ( $N_{anya}=100$ ;  $N_{apa}=100$ )



Forrás: saját szerkesztés

A táplálási stílust összevetettük az anyák iskolai végzettségével, az alacsonyabb iskolai végzettségűek (67%) és az egyetemet, felsőfokú mesterképzést végzettek (80%) a korlátozó stílust gyakorolták a mindennapok során míg, akik felsőfokú szakképzésben (54%) vagy főiskolai, felsőfokú alapképzésben (67%) vettek részt, azok inkább a monitoring-ellenőrző stílust alkalmazták, de nem volt kapcsolat a kutatott változók között ( $p=0,098$ ).

Összefüggésvizsgálatunk az anya táplálási stílusának hatását a gyermeke tápláltsági állapotára is kutatta. Felmérésünk anonim kérdőíves adatfelvétellel történt, ezért szülői önbevallás alapján állapítottuk meg a gyermekek tápláltsági állapotát (3 éves korig

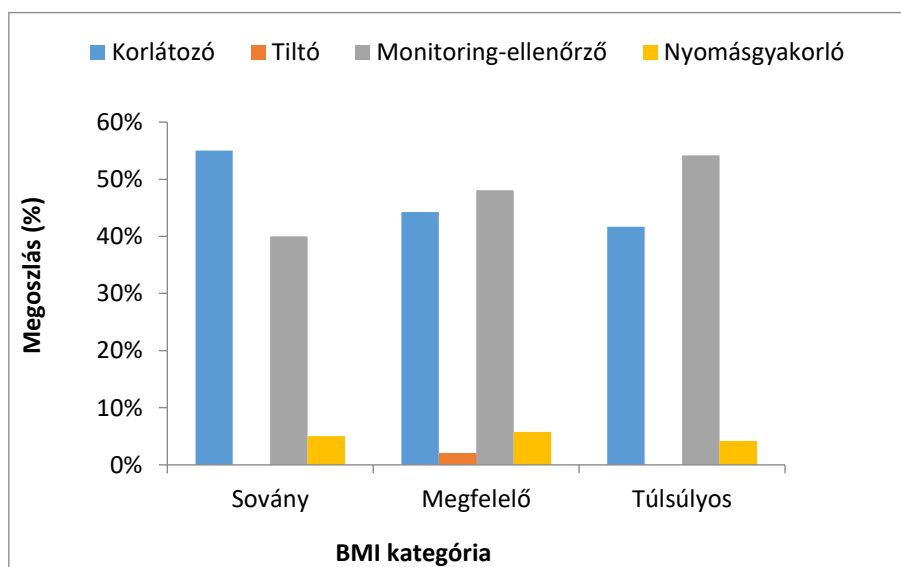
testhosszúságra vonatkoztatott testtömeg percentilis, 3 év felett BMI percentilis érték). A gyermekek tápláltsági állapotának vizsgálata a következő eredményeket mutatta: a gyermekek 54%-a megfelelő, 21%-a sovány, 25%-a túlsúlyos kategóriába tartozott. A táplálkozási szokásokon kívül egyéb, a tápláltsági állapotot befolyásoló életmódbeli tényezők felmérésére nem terjedt ki kutatásunk.

A sovány gyermekek közül 55%-nak korlátozó, 40%-nak monitoring-ellenőrző, 5%-nak nyomásgyakorló táplálási stílust alkalmazott az édesanyja (apák esetében korlátozó 52,9%-ban, tiltó 6,7%-ban, monitoring-ellenőrző 28,6%-ban,

nyomásgyakorló 11,8%-ban). A megfelelő tápláltsági állapotú kisgyermeknél 44%-ban korlátozó, 2%-ban tiltó, 48%-ban monitoring-ellenőrző, 6%-ban nyomásgyakorló stílust használtak az édesanyák a mindennapok során (apák esetében korlátozó 55,1%-ban, tiltó 2%-ban, monitoring-ellenőrző 38,8%-ban, nyomásgyakorló 4,1%-ban). A túlsúlyos gyermekek 42%-ban korlátozó, 54%-ban ellenőrző, 4%-ban nyomásgyakorló stílusú nevelésben részesültek az édesanya részéről. [3. ábra] (Apák esetében korlátozó 38,9%-ban, tiltó 5,5%-ban, monitoring-ellenőrző 50%-ban, nyomásgyakorló 5,6%-ban). Vizsgálva az anyai és az apai nevelési stílusok egyezőségét, 43%-ban korlátozó, 37%-ban ellenőrző-monitoring, 3%-ban nyomásgyakorló nevelés volt tapasztalható. eltérő nevelési attitűd 17%-ban volt kimutatható. Ha mindkét szülő nevelési stílusa azonosságot mutatott, akkor sovány gyermekeknel 41,2%-ban korlátozó, 52,9%-ban monitoring-ellenőrző, 5,9%-ban nyomásgyakorló

nevelési attitűd volt. Ezek a számarányok megfelelő tápláltsági állapotú gyermeknél a következőképpen alakultak: 42,9%, 55,1% és 2%, valamint túlsúlyos gyermekek esetében 38,9%-ban korlátozó, 61,1%-ban ellenőrző nevelési stílus volt a jellemző. Az eredmények alapján látható, hogy az egyes tápláltsági kategóriákban (sovány, megfelelő, túlsúlyos) az anyai és az apa nevelési stílusokat külön-külön, illetve az egyezőséget mutató nevelési attitűdöket vizsgálva közel azonos arányú válaszadás történt. Abban az esetben amikor az anya és az apa nevelési stílusa eltért, közel azonos arányban volt igazolható a sovány (17,7%), megfelelő (20,3%) és túlsúlyos (16,8%) tápláltsági állapottal rendelkező gyermekek száma. Jane E Gregory és mtsai az iskola előtt álló gyerekek étkezési szokásait és BMI-ét vizsgáló kutatásában sem találtak kapcsolatot az anya táplálási gyakorlata és a gyermek tápláltsági állapotának alakulása között.<sup>14</sup>

3. ábra: Gyermek BMI alakulása az anyák táplálási stílusának tükrében (N=100)



Forrás: saját szerkesztés

#### 4. ÖSSZEGZÉS – KÖVETKEZTETÉSEK

A megkérdezett családok kisgyermekének átlagosan a fele zöldséget, 2/3-a gyümölcsöt, 4/5-e tejterméket mindennap fogyasztott. A legújabb ajánlások (Okostányér) szerint a napi kétszeri zöldség-gyümölcs és napi tejtermékfogyasztás javasolt minden kisgyermek számára.<sup>15</sup> Ez felveti a minőségi éhezés előfordulását is. Húsféléknél a baromfifélék,

pékárúnál a fehér és a félbarna kenyér volt dominánsabb az étrendben. A családok többnyire növényi zsírt használtak a főzés során. A vizsgálatunk szerint a családi étkezésbe újonnan bevezetett egészséges élelmiszerek megvásárlásánál a család és a barátok ajánlása a mérvadó, tehát a tradíció fontosabbnak mutatkozik, mint a média, vagy a szakember szerepe, igaz ez utóbbi is megjelent, csak kismértékben. Az anyák 93%-a, az apák 91%-a

korlátozó vagy monitoring táplálási stílust alkalmazott a mindennapok során, mely nem állt összefüggésben a gyermekek tápláltsági állapotával ( $p=0,88$ ). Az anya táplálási stílusa és iskolai végzettsége között nem volt kimutatható kapcsolat ( $p=0,098$ ). A kutatás összegzéseként azt a konklúziót vonhatjuk le, hogy a szülők többsége törekszik a változatos étrend kialakítására, de az eredmények alapján javasolt a zöldség- és gyümölcsfélék naponta többszöri fogyasztása többféle ételkészítési eljárással, valamint a naponkénti tejfogyasztás is minden családban, minden gyermek számára. Az előbb említett élelmiszerek nélkülözhetetlenek a gyermekek táplálkozásra irányuló egészségre nevelésében.<sup>16</sup> A média szerepe is jelentősen befolyásoló hatással bír a táplálkozási minta formálásában, melyet Molnár és mtsai is megerősítenek annak ellenére, hogy legtöbbször a tradíciókat követik.<sup>17</sup> A gyerekek több mint fele (54%) a normál, egynegyede a túlsúlyos és egyötöde a sovány tápláltsági állapot kategóriájába tartozott, melyre nem volt hatással a szülők táplálási stílusa ( $p>0,05$ ). Jelen eredmények alapján a gyerekek többsége normál tápláltsági csoportba volt besorolható, de a jövőben az egyharmaduknál viszont az életkor előrehaladtával várhatóan – a hivatalos statisztikai adatok tükrében – ez kedvezőtlen irányba mozdul el. A pozitív családi környezet érték közvetítő szerepe a táplálkozáson kívül több területen, már a gyermekvállalástól kezdve jelentős minta.<sup>18</sup> Ugyanakkor a kutatásból is alátámasztani látszik, hogy a szakmai ajánlásokat figyelembe vevő hatékony kommunikációval növelni szükséges a szakemberek által közvetített ismeretek és szemlélet arányát.<sup>19</sup> A tradíciók ápolása mellett szükség van a korszerű szemlélet beépítésére is a családok

táplálkozási szokásaiba – mind a gyermekek, mind a szülők tekintetében (túlsúlyos apák esetében).

## 5. ZÁRÓGONDOLATOK

Kutatásunk alátámasztotta gyermekeink táplálkozása terén, hogy „E földi vándorúton ama bizonyos hamuba sült pogácsa a család.” A szülők iskolai végzettségétől függetlenül jórészt tradíciók alapján választják a családi asztalra kerülő étkeket, a felnőttek igényeihez igazodva, de egy új, egészséges termék vásárlása, kipróbálása terén is a lelkiekben közel álló közösség, a barátok véleménye a döntő. Az útravaló erős kapocs a múlttal, a jövő felé vezet át, állandóságot, fennmaradást biztosít, de fontos a kulturális értékek megőrzése mellett az előrelépés, a fejlődés a táplálkozási szokások területén belül is, melynek szükségességét mind a morbiditási, mind a mortalitási adatok is jelzik. A táplálkozás nemcsak az élet forrása, a létfenntartás nélkülözhetetlen része, hanem a közösséget összefogó kapocs, közösségi élmény, a lélek tápláléka is. Éppen ezért ezen szokások közé új ismeretek beépítése nem egyszerű feladat, az csak is a közösség által, a közösségen keresztül lehet, folyamatos cselekvés révén. Elengedhetetlenül fontos az élettani szükségletekhez, az életmódhoz (inaktív, aktív) igazított élelmészeti és táplálkozástani ismereteknek az átadása a családok – édesanyák, édesapák, nagyszülők –, baráti közösségek számára interaktív, gyakorlatorientált közösségi programok által. Abban az esetben, ha a táplálkozási tradícióknak sikerülne megújulnia, változnia a korszerű irányelveket figyelembe véve, akkor lenne „Jó szava, szelleme, védőszentje a mesebeli hősnek”, a gyermekeknek.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Jósvai B, Soósné Kiss Zs. \_Első gyermeküket váró szülők szülői szerepre való felkészültsége, a felkészítő foglalkozások megítélése, a gyermekáldás és a káros szenvedélyek jelenléte gyermekbiztos óvintézkedések alapján. Egészségfejlesztés. 2014; 55(3):2-10.

<sup>2</sup> Biró L, Szabó L, Velkey L. 1-3 éves gyermekek komplex táplálkozási vizsgálata. Védőnő. 2012;22(1):10 – 15.

<sup>3</sup> Arató Gy. Országos táplálkozási felmérés 1-3 éves korosztály körében. Új Diéta. 2010; 6:22 -23.

<sup>4</sup> Maharos M, Henter I. A bölcsődei közétkeztetés felmérése- 2010. Új Diéta. 2011; 1: 8-10.

<sup>5</sup> Beke Sz, Szalai I. A család szerepe az óvodáskorú gyermekek táplálkozási szokásainak kialakításában. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben (Egészségügyi vezetők szaklapja). 2011; 10(7):29 - 32.



- <sup>6</sup> Péntes M, Juhász Z, Paulik E. Táplálkozási és szájhigiénés szokások gyermekkorban. *Egészségfejlesztés*. 2005;46. (4). 18-22.
- <sup>7</sup> Csima M. Az egészségfejlesztés szükségessége az óvodapedagógusok és a kisgyermeknevelők képzésében. In: Belovári A. (editor) I. Nemzetközi Kisgyermeknevelési Konferencia: Tanulmánykötet. Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar, Kaposvár, 2015. pp. 93-99.
- <sup>8</sup> Ábrahám Á, Csatornai S. (2006), Óvodások, iskolások (6-12 évesek) táplálkozási szokásai. *Védőnő*. 2006; 16(6): 35 – 39.
- <sup>9</sup> Karamánné Pakai A, Oláh A. A theoretical overview of scientific research, In: Ács P, Oláh A, Karamánné Pakai A et al. (editor) *Data analysis in practice*. University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Pécs, 2015. pp. 11-34.
- <sup>10</sup> Pakai A, Kívés Zs. Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*. 2013; 26( 3): 20-43.
- <sup>11</sup> [Rodgers R F](#), [Paxton SJ](#), [Massey R](#) et al. (2013), Maternal feeding practices weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013 ;10 (24) [doi.org/10.1186/1479-5868-10-24](https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-24)
- <sup>12</sup> Czinner A. Hazai táplálkozási szokások – kutatás magyarországi gyermekes nők körében. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*. 2011; 16( 2): 63.
- <sup>13</sup> Fernandez-Alvira J M, Mouratidou T, Bammann K. Parental education and frequency of food consumption in European children: the IDEFICS study. *Public Health Nutrition*. 2013; 16(3.): 487-498.
- <sup>14</sup> [Gregory JE](#), [Paxton SJ](#), [Brozovic AM](#). Maternal feeding practices, child eating behavior and body mass index in preschool-aged children a prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7(55) [doi.org/10.1186/1479-5868-7-55](https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-55)
- <sup>15</sup> A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége által – a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszertudományi Tudományos Bizottsága és az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezésegészségügyi Intézet ajánlásával – összeállított táplálkozási ajánlások 6–17 éveseknek.
- <sup>16</sup> Aradvári-Szabolcs M, Mák E. *Kiskanálnyi szeretet: Kisgyermekek táplálása*. Kossuth Kiadó, Budapest, 2015.
- <sup>17</sup> Molnár Sz, Garancsi N, Mák E, et al. Táplálkozási magatartásnevelés a gyermekétkeztetésben, a szülők felelőssége. In: Gelencsér É, Horváth Z. (editor) *Aktualitások a táplálkozástudományi kutatásokban* című V. PhD Konferencia összefoglalói. Táplálkozástudományi Társaság, Budapest 2015. p.15.
- <sup>18</sup> Soósné Kiss Zs, Kovács A, Kókai J. The aspects of starting a large family. *New Medicine*. 2015;19(3):110-115. doi: [10.5604 / 14270994.1179859](https://doi.org/10.5604/14270994.1179859)
- <sup>19</sup> <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Elérve: 2018.10.15.)

# Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők

## The influence of family factors on maternal attitudes

Szerzők: Pachner Orsolya<sup>a</sup>✉, Lendvai Zsófia<sup>b</sup>

*a: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Klinikai Koordinációs és Neveléstudományi Tanszék, b: Napfény Segítő Központ Védőnői Szolgálat*

Beküldve: 2018. 06. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i5.324

**Bevezetés:** A pozitív anyai hozzáállás, az egészséges anya-magzat kapcsolat, közvetve az anya és a baba lelki egészségének alapja. Az anya viszonyulását magzatához számos tényező, köztük a család jellemzői jelentősen befolyásolhatják. Kutatásunk célja feltérképezni a várandós nők társas támogatottságát, párkapcsolati elégedettségét, hogy milyen összefüggésben állnak ezek a kapcsolati tényezők az anyasághoz való viszonyulásukkal. Az anyai attitűd mellett a várandós nők által észlelt apai attitűd mértékét is vizsgáljuk, illetve a védőnő családot támogató szerepét.

**Módszertan:** Célcsoportunk 18 év feletti, párkapcsolatban élő várandós nők voltak (n=547), átlag életkoruk 28,7 (SD=5,3) év. Saját szerkesztésű kérdőívünk - mely a demográfiai adatokra, anyai és apai attitűdre, védőnővel való együttműködésre tartalmazott kérdéseket - mellett két standard kérdőívet alkalmaztunk az adatgyűjtés során, a Kapcsolati Elégedettség Skálát és a Társas támogatás kérdőívet. Az alábbi statisztikai módszereket használtuk az adatelemzés során:  $\chi^2$ -próba, független mintás t-próba, korreláció analízis (Spearman, Pearson), egyszempontú független mintás varianciaanalízis.

**Eredmények:** Vizsgálati mintánkban az anyai attitűd független volt a családi állapottól ( $p=0,249$ ) és a párkapcsolati elégedettségtől ( $r=0,028$ ;  $p=0,507$ ), viszont szignifikáns, de elhanyagolható mértékű pozitív összefüggést mutatott a társas támogatás mértékével ( $r=0,105$ ;  $p=0,014$ ) és a szülővel való kapcsolat erősségével ( $r=0,135$ ;  $p<0,001$ ). Az első babájukat váró ( $p=0,009$ ), illetve a babát tervező ( $p<0,010$ ) nők szignifikánsan magasabb anyai attitűdöt mutattak. Az észlelt apai attitűd jelentősen magasabb volt a házastársi kapcsolatokban ( $p=0,003$ ), illetve a tervezett várandósság esetén ( $p<0,010$ ), közepes pozitív korrelációt mutatott a párkapcsolati elégedettséggel ( $r=0,642$ ;  $p<0,001$ ), és gyenge együttjárást a társas támogatás mértékével ( $r=0,229$ ;  $p<0,001$ ) valamint az anyai attitűddel ( $r=0,292$ ;  $p<0,001$ ). A védőnői tanácsadáson való közös részvétel összefüggést mutatott az anya által észlelt magasabb apai attitűddel ( $p<0,001$ ) és párkapcsolati elégedettséggel ( $p=0,002$ ).

**Következtetések:** Tekintettel arra, hogy a tervezett fogantatások esetén magasabb mind az anyai, mind az apai attitűd, érdemes lenne a családtervezésre nagyobb hangsúlyt fektetni. Az észlelt apai attitűd összefüggésben áll a párkapcsolati elégedettséggel, a védőnői tanácsadáson való közös részvétellel és gyengébb mértékben az anyai attitűddel. Így a párkapcsolat megerősítése, illetve a tanácsadáson való közös részvétel az apai attitűd növelésén keresztül segíthet a pozitív anyai attitűd kialakításában.

**Kulcsszavak:** várandósság; anyai attitűd; apai attitűd; párkapcsolati elégedettség

**Introduction:** Positive maternal attitudes are the basis of a healthy maternal-fetal relationship and indirectly the mother's and baby's mental health. The mother's attitude towards her fetus can be influenced significantly by a number of factors, including family characteristics. Our research aims are mapping the social support and the relationship satisfaction of pregnant women, and the connection between these relationship factors and maternity attitudes. Besides maternal attitudes, we also look at the degree of paternal attitudes felt by pregnant women and the supporting role of the health visitor.

**Methods:** Our sample consists pregnant women in a relationship over 18 years of age ( $n=547$ ), with an average age of 28.7 ( $SD=5.3$ ) years. We used two standard questionnaires, the Relationship Satisfaction Scale and the Social Support Questionnaire together with a self-constructed questionnaire for demographic data, maternal and paternal attitudes and cooperation with the health visitor. The used statistical methods were:  $\chi^2$ -test, independent sample t-test, correlation analysis (Spearman, Pearson), independent samples variance analysis.

**Results:** In our study maternal attitudes were independent of the marital status ( $p=0.249$ ) and the quality of the relationship ( $r=0.028$ ,  $p=0.507$ ). However, it showed a significant, but weak, negligible correlation with social support ( $r=0.105$ ;  $p=0.014$ ) and the strength of the parent relationship ( $p<0.001$ ;  $r=0.135$ ). Women who expected their first baby ( $p=0.009$ ) and planned pregnancy ( $p<0.010$ ) showed significantly higher maternal attitudes. The observed paternal attitude was considerably higher in spousal relationships ( $p=0.003$ ) and in planned pregnancy ( $p<0.010$ ). There was a moderate positive correlation with relationship satisfaction ( $r=0.642$ ;  $p<0.001$ ) and poor correlation with the level of social support ( $r=0.229$ ,  $p<0.001$ ), as well as with maternal attitudes ( $r=0.292$ ;  $p=0.001$ ). Joint participation in counselling with the health visitors was associated with higher parental attitudes ( $p<0.001$ ) and relationship satisfaction ( $p=0.002$ ).

**Discussion:** Given that in planned pregnancy both the mother's and father's attitudes were higher, it would be worthwhile to put emphasis on family planning. The perceived paternal attitude is related to relationship satisfaction, counselling with the health visitor together, and weaker related to maternal attitudes. Strengthening the relationship with the partner, and the joint consultation can promote developing a positive maternal attitude by increasing the father's attitude.

**Keywords:** pregnancy; maternal attitudes; paternal attitudes; relationship satisfaction

## BEVEZETÉS

A várandósság idején nemcsak egy új élet fejlődik, hanem a gyermekvállaló pár életében is új szakasz következik. A kilenc hónap során a család felkészül az új tag befogadására, mely szükségképpen az eddigi családi rendszer átrendeződését is igényli. Legnagyobb változást az első gyermek születése hozza.

Számos szakirodalom foglalkozik az anya viselkedésének hatásával a magzati fejlődésre.<sup>1,2,3,4</sup> Nemcsak az anya egészségmagatartásával, hanem a várandósság alatti és a gyermekágyi időszakban tapasztalt lelki egészség szerepével is.<sup>5,6</sup> Tudjuk, hogy a gyermek egészséges lelki fejlődésének alapja az édesanya lelki egészsége.<sup>7</sup> Az édesanya várandósság alatti pozitív attitűdje magzatához és a várandóssághoz hozzájárul a szülést követő pozitív

anya-gyermek kapcsolat kialakulásához.<sup>8</sup> A várandósság alatti anyai attitűd alatt vizsgálatunkban a várandóssághoz és a magzathoz való pozitív-negatív viszonyulást, valamint az anyai egészségmagatartást értjük. Elképzelésünk szerint a várandós nő pozitív gondolatai, érzései hozzájárulnak a magzata és saját maga egészségének érdekében végzett cselekvések nagyobb gyakororiságához.

Bár az anya-gyermek kapcsolat kiemelt jelentősége vitathatatlan a gyermek fejlődése szempontjából, nem tekinthetünk rá szigetszerűen elkülönült egységként. Az anya és a gyermek - ahogy az anya és a magzat is - a család rendszerén belül kapcsolódik egymáshoz, így a kapcsolat minőségét befolyásolja a család többi tagja, és a családi rendszer jellemzői.<sup>9</sup> Kiemelt szerepe van a párkapcsolatnak, az édesapa szerepének ebben a rendszerben. Hadházi és Hajdu kutatása rámutat, hogy a

kisgyermekes nők anyai kompetenciáit befolyásolja a párkapcsolati elégedettség, és az apa gondoskodó attitűdje.<sup>10</sup> Valószínű, hogy ez a hatás már a várandósság ideje alatt is érvényesül. Már több mint két évtizede felmerült az apák családi szerepvállalásának kérdése, de továbbra is hiányzik az intézményesített, célzott segítségnyújtás számukra.<sup>11</sup> Hasonlóan az anyai attitűdhöz, az apai attitűdhöz kapcsolódóan is a pozitív gondolatok, érzések, és az édesanyákat támogató, gondoskodó viselkedések meglétét vizsgáltuk.

Kutatásunk célja feltérképezni a várandós nők társas támogatottságát, párkapcsolati elégedettségét, az általuk észlelt apai attitűdöket, valamint hogy milyen kapcsolatban állnak ezek a kapcsolati tényezők az anyasághoz való viszonyulásukkal. Továbbá a védőnő családot támogató szerepét is vizsgáljuk.

## MÓDSZEREK

Kutatásunk kvantitatív és keresztmetszeti vizsgálat volt, melyet 2017 áprilisa és decembere között végeztük kérdőíves módszerrel, elektronikus úton. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavételezést alkalmaztunk. A részvétel önkéntes és anonim alapon működött, a kérdőív online módon a közösségi médiában lett megosztva, a kitöltés kb. 20 percet vett igénybe. A célcsoportunk 18 év feletti, párkapcsolatban élő várandós nők voltak (n=547) 28,7 (SD=5,3) év átlag életkorral. Saját szerkesztésű kérdőív mellett két standard kérdőívet alkalmaztunk, a Kapcsolati Elégedettség Skálát<sup>12</sup> és a Társas támogatás kérdőívet.<sup>13</sup>

A Társas támogatás kérdőívben 4 fokú Likert-skálán szükséges értékelni, hogy mennyire számíthat a felsorolt személyek (szülő, házastárs, élettárs, szomszéd, barát, rokon, egyházi csoport, iskolatárs, munkatárs, gyermek, segítő foglalkozású szakember, egyesület/segítő szervezet) segítségére a kitöltő. Mi specifikusan arra kérdeztünk rá, hogy mennyire támogatják őt a várandósság alatt. A számítások során az összpontszámot vettük figyelembe.

A Kapcsolati Elégedettség Skála hét kérdéssel keresztül vizsgálja, hogy a kitöltő mennyire elégedett jelenlegi párkapcsolatával. A válaszokat 5 fokú Likert-skálán kell jelölni, ahol az 1-es érték jelentette az "egyáltalán nem"-et, míg az 5-ös a

"teljes mértékben" választ foglalta magában. A 4. és 7. kérdés fordított item. Az elérhető pontszám 7-35 között alakult, a magasabb pontszám nagyobb elégedettséget jelez.

Saját szerkesztésű kérdőívünk kérdéscsoportjai a következők voltak: szocio-demográfiai adatok (életkor, iskolai végzettség, anyagi körülmények, családi állapot, kivel él együtt, gyermekek száma, párkapcsolat tartama), anyai és apai attitűd, védőnővel való együttműködés. Az anyai attitűdöt 15 kijelentésen keresztül mértük, ahol a válaszadók mindegyik állításnál hatfokú skálán jelölték mennyire jellemző az rájuk. A maximálisan elérhető pontszám 90 volt. A kijelentések az anya viselkedését, érzéseit, gondolatait mérték fel, mint például: "Sokat beszélek a magzathoz.", "Sokat tervezgetem a babaszobát.", "Rendszeresen részt veszek a kontrollvizsgálatokon". Az apai attitűdöt szintén a várandós nő töltötte ki, párjára vonatkoztatva a 10 állítást, hasonló hatfokú skálán jelölve az állítással való egyetértés mértékét (max. 60 pont). Az állítások a viselkedésre, együttműködésre, törődésre, érzelmekre, gondolatokra összpontosítottak, hasonlóan, mint az anyai attitűd mérésénél. Mindkét skála esetében a magasabb pontszám pozitívabb attitűdöt jelent.

Az adatok feldolgozása Microsoft Excelben történt, a statisztikai számításokhoz SPSS 22 programcsomagot használtunk. Az adatok elemzéséhez az alábbi statisztikai módszereket alkalmaztuk:  $\chi^2$ -próba, független mintás t-próba, korreláció analízis (Spearman, Pearson), egyszempontú független mintás varianciaanalízis. Az eredményeket  $p < 0,05$  esetén tekintettük szignifikánsnak.

## EREDMÉNYEK

### Várandósság

A vizsgálati személyek közül 50,5% az első gyermeket várta. A válaszadók nagy része (84,6%, n=463) tervezte a teherbe esést, 54%-uknak azok közül, akik tervezték, 3 hónapon belül megtörtént a fogantatás.

### Párkapcsolat

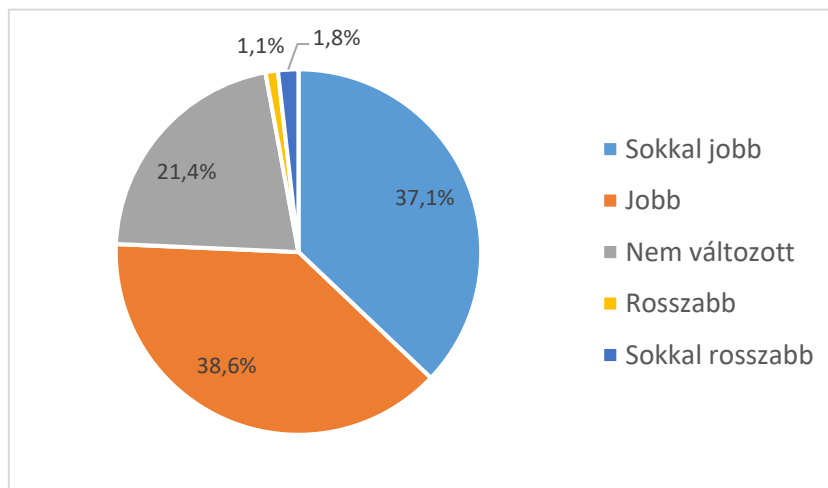
A vizsgálatban részt vevő nők 63,1%-a házasságban élt. Átlagosan 6 éve (SD=4,1) vannak együtt párjuk-

kal, 52,3%-nak 1-5 éve tart a kapcsolata. A párkapcsolati elégedettség skála megbízhatósági értéke saját adatainkon jónak bizonyult (Chronbach  $\alpha = 0,910$ ). Mintánkban az átlag pontszám 30,3 (SD=4,95) volt, tehát a várandós nők jelentős része meg volt elégedve a párkapcsolatával. A házasságban élők (M=30,8; SD=4,33) szignifikánsan ( $t=3,121$ ;  $p=0,001$ ) elégedettebbek voltak a párkapcsolatukkal, mint az élettársi kapcsolatban élők (M=29,3; SD=5,88). A kitöltők többsége saját megítélése szerint pozitív változást tapasztalt a párkapcsolatában a várandósság ideje alatt, amely független volt a családi állapottól ( $\chi^2=6,955$ ;  $p=0,138$ ). [1. ábra]

### Társas támogatás

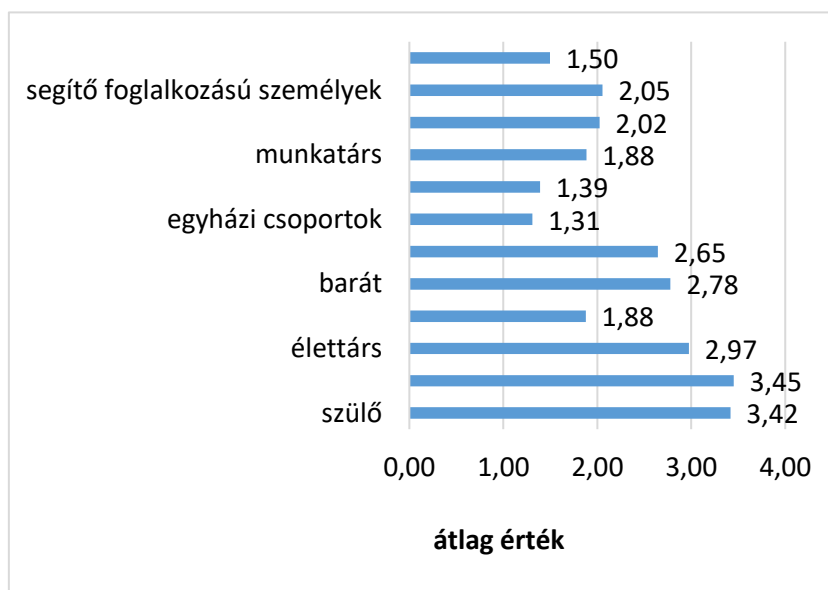
A várandós nők társas támasz skálán elért összpontszáma átlagosan 27,3 (SD=6,1) pont volt. A legjobban párjukra támaszkodnak, de nagy segítséget biztosítanak számukra a szüleik is (M=3,42), valamint ahogy a 2. ábrán is látható, rokonaikra hasonló mértékben számíthatnak, mint barátaikra. A szülővel való kapcsolatra egy külön kérdésben is rákérdeztünk, ahol 5 fokú skálán értékelhették annak erősségét. Ahogy a 3. ábrán is látható a várandósok többsége pozitív kapcsolatot ápol a szüleivel.

1. ábra: A párral való viszony várandósság alatti változásának eloszlása (n=547)



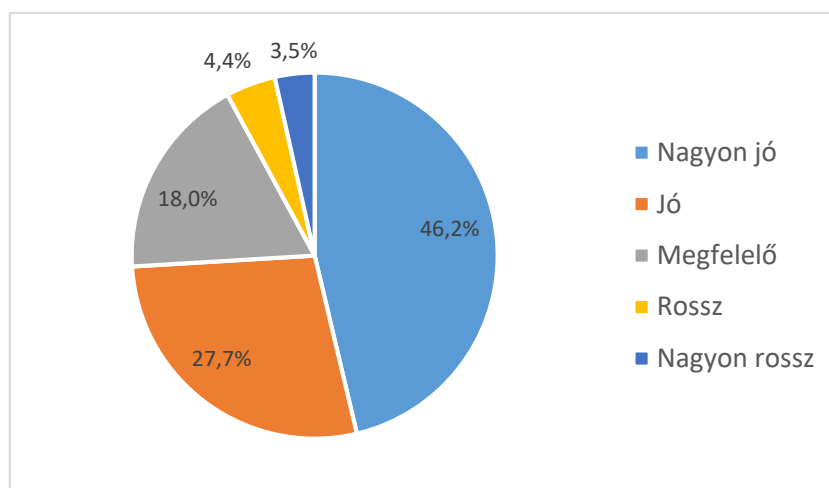
Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: A várandósság alatti társas támogatás mértékének átlagértékei a potenciális segítő személyekre vonatkozóan (n=547)



Forrás: saját szerkesztés

3. ábra: Szülővel való kapcsolat erősségének eloszlása (n=547)



Forrás: saját szerkesztés

### Anyai attitűd

A skála megbízhatósági, Cronbach- $\alpha$  értéke 0,68-0,75 között alakult. A számítások során a 15 kijelentéssel való egyetértés mértékének összpontszámát alkalmaztuk (max. 90). A minta átlaga 73,63 (SD=7,51) pont volt, tehát az általunk vizsgált várandós nők csoportjára pozitív anyai attitűd volt jellemző. Csupán a minta 2,2%-ára, vagyis 12 főre volt jellemző alacsony anyai attitűd, amennyiben a határértéket az átlagtól két szórásnyi eltérésre állapítottuk meg, azaz 58 pontban.

A tervezett várandósság esetén (M=74,1; SD=6,7) jelentősen pozitívabb volt az anyai attitűd ( $t=2,659$ ;  $p<0,010$ ), mint a nem várt terhesség esetén (M=71,0; SD=10,3).

Vizsgálati mintánkban az anyai attitűd független volt a családi állapottól ( $t=-1,154$ ;  $p=0,249$ ) és a párkapcsolati elégedettségtől ( $r=0,028$ ;  $p=0,507$ ), szignifikáns, de elhanyagolható mértékű pozitív összefüggést mutatott a társas támogatás mértékével ( $r=0,105$ ;  $p=0,014$ ) és a szülővel való kapcsolat erősségével ( $r=0,135$ ;  $p<0,001$ ). Az első gyermeküket váró nők (M=74,4; SD=7,84) anyai attitűdje szignifikánsan magasabb volt ( $t=-2,631$ ;  $p=0,009$ ), mint a már gyermekes anyák esetében mért érték (M=72,7; SD=7,07).

### Az anya által észlelt apai attitűd

A várandósok által észlelt apai viszonyulást mérő skála reliabilitása jó, 0,880-as Cronbach- $\alpha$  értéket

mutatott. Az átlag pontszám 49,4 (SD=10,03) pont volt, ami alapján megállapítható, hogy a várandósok szerint párjuknak pozitív az apasághoz való hozzáállása. Ebben az esetben a minta 4,8%-a (26 fő) észlelt az átlagtól jelentősen alacsonyabb apai viszonyulást, amennyiben a határértéket az átlagtól két szórásnyi eltérésre állapítottuk meg, azaz 29 pontban.

A tervezett várandósság (M=50,4; SD=8,93) esetén ebben a tekintetben is szignifikánsan pozitívabb attitűdöt mértünk ( $t=5,549$ ;  $p<0,010$ ), mint a nem tervezett terhességek esetén (M=44,0; SD=13,51). Az észlelt apai attitűd jelentősen ( $t=3,020$ ;  $p=0,003$ ) magasabb volt a házastársi kapcsolatokban (M=50,4; SD=9,02), mint az élettársiakban (M=47,6; SD=11,3); közepes pozitív korrelációt mutatott a párkapcsolati elégedettséggel ( $r=0,642$ ;  $p<0,001$ ), és gyenge együttjárást a társas támogatás mértékével ( $r=0,229$ ;  $p<0,001$ ). Nem volt különbség ( $t=-1,650$ ;  $p=0,099$ ) az észlelt apai attitűdben az első vagy többedik gyermeket váró nők között. Az anyai és apai attitűd gyenge együttjárást mutatott ( $r=0,292$ ;  $p<0,001$ ).

### Védőnő szerepe

A védőnő különböző feladataival kapcsolatos elégedettségre is rákérdeztünk. Ebből kiemelnénk a családi életre, szülői szerepre való felkészítést, amit a várandósok közel egyharmada (37,1%) szerint teljes mértékben elvégez a védőnőjük, 14,7% viszont nem elégedett (egyáltalán nem/kevésbé).

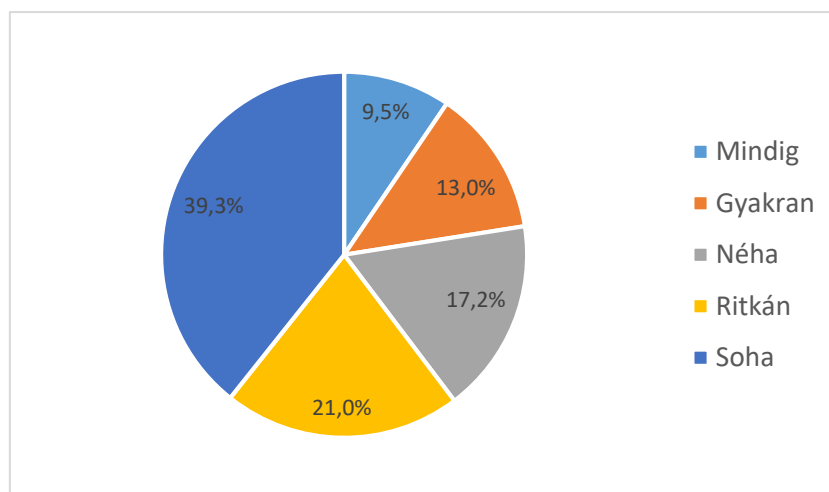
Nyitott kérdésünkre, miszerint miben szorulnak több segítségre, 7,5% a lelki támogatást nevezte meg.

Megkérdeztük a várandós nőket, milyen gyakran kíséri el őket párjuk védőnői tanácsadásra. Ahogy a 4. ábra is jól szemlélteti, jelentősen kevés azoknak a pároknak a száma, akik mindig közösen járnak a védőnő által tartott folyamatos, célzott, szükség szerinti gondozásra.

A közös tanácsadás gyakorisága összefüggést

mutatott az anya által észlelt apai attitűddel ( $F(4;542)=13,824$ ;  $p<0,001$ ) és a párkapcsolati elégedettséggel is ( $F(4;542)=4,340$ ;  $p=0,002$ ). Azok, akiket soha nem kíséri el a párjuk a védőnői tanácsadásra szignifikánsan alacsonyabb apai attitűdöt észleltek, mint azok, akiket elkísér a párjuk bármilyen gyakorisággal. A párkapcsolati elégedettségben hasonlóan azok mutattak alacsonyabb összpontszámot, akiket nem kíséri el a párjuk, azokkal szemben, akiket gyakran vagy mindig elkísér.

4. ábra: A párjával közös védőnői tanácsadás látogatás gyakoriságának eloszlása ( $n=457$ )



Forrás: saját szerkesztés

## MEGBESZÉLÉS

Kutatásunkban a család, azon belül is főként a párkapcsolat szerepét vizsgáltuk az anyai viszonyulásra. Eredményeink szerint az anyai attitűdre számos olyan tényező hatással van, melyeket mint protektív tényezőket vehetünk figyelembe. Ilyen faktor a várandósság tervezettség, illetve a terhesség száma. A tervezett, első várandósságok esetén pozitívabb a nő anyasághoz való viszonya. Több kutatás is alátámasztja a nem várt várandósság negatív hatásait mind az anya lelki egészségére,<sup>14</sup> mind az anya-magzat kapcsolatra.<sup>8</sup> Úgy gondoljuk, hogy a már gyermekkel rendelkező anyák esetén az alacsonyabb anyai attitűd inkább az erőforrások megosztására vezethető vissza.

Továbbá a család szerepét alátámasztó eredményeket kaptunk. Bár az anyai attitűd függetlennek bizonyult a családi állapottól, és a párkapcsolati elégedettségtől úgy tűnik, hogy ezek hatása az anya

által észlelt apai attitűdben megmutatkozik. A házasságban élő nők, és azok, akik elégedettebbek a párkapcsolatukkal pozitívabb apai viszonyulásról számoltak be, ami gyenge, de pozitív együttjárást mutatott az anyai attitűddel. Tehát azokra a nőkre, akik párjukon pozitívabb hozzáállást észlelnek, pozitívabb anyai attitűd jellemző. Úgy tűnik, hogy az észlelt apai attitűd és a párkapcsolati elégedettség szoros kapcsolatban állnak egymással. Nem meglepő, hogy a várandós nők akkor elégedettebbek a párkapcsolatukkal, ha párjuk pozitívabb apai viszonyulást mutat. Ez jellemzőbb a házasságban élő párok esetén. Hadházi és Hajdú<sup>10</sup> kutatása szerint az észlelt apai gondoskodás és a párkapcsolati elégedettség is a baba tervezettségével van összefüggésben, melyet a mi adataink is megerősítenek.<sup>10</sup> Saját eredményeink alapján is elképzelhető, hogy az észlelt apai attitűd közvetíti a családi állapot hatását az anya-gyermek kapcsolatra, amelyet Andrek és munkatársai igazoltak.<sup>15</sup>

Az apai attitűd mellett a szülővel való kapcsolat erőssége elhanyagolható hatással volt az anyai attitűdre, pedig korábbi irodalmi adatok alapján úgy tűnik, hogy nemcsak a gyermekkorban átélt tapasztalatok, hanem a szülővel való kapcsolat jelenlegi minősége is befolyásolja az anyasághoz való hozzáállást.<sup>16</sup> Eredményeink szerint a társas támogatásnak gyakorlatilag nem volt hatása az anyai attitűd alakulásában.

Lényeges, hogy azok a szakemberek, akik találkoznak a várandós nővel, a családi kapcsolati rendszerrel együtt tekintsenek rá. Saját vizsgálatunkban a szakemberek közül csak a védőnők szerepére tértünk ki. Úgy tűnik, hogy a várandósok többsége elégedett védőnője munkájával, azon belül a családi életre, szülői szerepre való felkészítés minőségével is. De fontos megjegyezni, hogy ezt leggyakrabban az anya egyedül kapja meg, hiszen a várandósok több mint egyharmadát soha nem kíséri el párja a tanácsadásokra. Pedig a védőnői tanácsadáson való közös részvétel összefüggést mutatott az anya által észlelt magasabb apai attitűddel és párkapcsolati elégedettséggel is.

Vizsgálati eredményeinkből levonható következtetéseknek korlátja, hogy mintánk nem reprezentatív. Érdemes lett volna kifejezetten első babájukat váró nőket megkérdezni, hiszen más változások várhatók a még gyermektelen párok vagy a már kisgyermekes szülők családi rendszerében. További limitáció az anyai attitűd skála alacsony megbízhatósága. A skálában több pozitív, érzelmekkel kapcsolatos állítás kapott helyet, mint „Nagyon örültem, amikor kiderült, hogy babát várok”. Emellett viszont négy fordított, negatív állítás is szerepelt, amelyek különböző félelmekhez kapcsolódtak, illetve négy állítás a várandóssággal kapcsolatos egészségmagatartásra kérdezett rá. Valószínűleg ezeket az aspektusokat elkülönült faktorokként lett volna érdemesebb kezelni.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Leung, B M Y, Giesbrecht, G F, Letourneau, N, et al. Perinatal nutrition in maternal mental health and child development: Birth of pregnancy cohort. *Early Human Development*. 2016; 93:1-7. doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.11.007

<sup>2</sup> Bloomfield, FH, Spiroski, A-M, Harding J E. Fetal growth factors and fetal nutrition. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2013; 18:118-123. doi: 10.1016/j.siny.2013.03.003

<sup>3</sup> Wang, N, Tikellis, G Sun, C, Pezic, A, et al. The effect of maternal prenatal smoking and alcohol consumption on the placenta-to-birth weight ratio. *Placenta*. 2014, 35:437-441. doi: 10.1016/j.placenta.2014.04.006

## KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunkban nem a várandósság alatti pszichés patológiák feltárását tűztük ki célul, hanem a várandósság alatti anyai attitűdöt meghatározó tényezők feltérképezését, azok befolyásoló tényezőinek vizsgálatát, kiemelve a környezet szerepét ebben a dinamikus egyensúlyban, hasonlóan Antonovsky egészségfelfogásához.<sup>17</sup>

A pozitív anyai hozzáállás az egészséges anyamagzat kapcsolat, így közvetve az anya és a baba lelki egészségének alapja. A várandós nővel találkozó szakembereknek – így például a védőnőknek – fontos támpontot adhat az anya és az apa hozzáállásának felmérése ahhoz, hogy milyen mértékű külső, a családi rendszeren kívüli támogatásra lehet szükségük a szülőknek ebben a fontos életszakaszban.

Mivel a tervezett fogantatások esetén magasabb mind az anyai, mind az apai attitűd, így érdemes lenne a családtervezésre nagyobb hangsúlyt fektetni. A párkapcsolat megerősítése és a védőnői tanácsadáson való közös részvétel segíthet a pozitív anyai viszonyulás kialakulásában. Emellett lényeges az információ alapú tanácsadás mellett a lelki egészségmegőrzést célzó segítő beszélgetések biztosítása a várandósgondozás során.

A jövőben szeretnénk egy longitudinális kutatást végezni, hogy megfigyelhessük a várandósság alatti és a szülés utáni párkapcsolati elégedettség stabilitását. Továbbá felmérnénk, hogy a gyermek születése hogyan befolyásolja a párkapcsolat alakulását a várandósság alatti második és harmadik trimeszterben, valamint a szülés utáni 6. héten és 6. hónapban.



- <sup>4</sup> Sussman, D, Lye, S J, Wells, G D. Impact of maternal physical activity on fetal breathing and body movement – A review. *Early Human Development*. 2016, 94:53-56. doi:10.1016/j.earlhumdev.2016.01.006
- <sup>5</sup> Szeverényi P. Szülészeti-nőgyógyászati pszichoszomatika. In: Paulin F (editor) *Korszerű szülészeti-nőgyógyászat*. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2012. pp 125-143.
- <sup>6</sup> Antoine C. *A terhesség és az anyaság pszichológiája*. Saxum, Budapest, 2010.
- <sup>7</sup> Vida Á. *Anyapszichológia. Kismamablog*, 2014.
- <sup>8</sup> Pisoni, C, Garofoli, F, Tziolla, C et al. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development*. 2014; 545-546. doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6
- <sup>9</sup> Székely Zs. Szülés-család-párkapcsolat. *Kapocs*. 2011;10(1):1-18.
- <sup>10</sup> Hadházi É, Hajdú I. Múlt és jelenbeli tapasztalatok összefonódásai a párkapcsolatban és az anyaságban. *Psychologia Hungarica*. 2014;2(1):23-49.
- <sup>11</sup> Gyórfi É. Apák és családok. *Család Gyermek Ifjúság*. 2008; 17(1):48-52.
- <sup>12</sup> Martos T, Sallay V. A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatainak (RAS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 2014; 15(3):245-258. doi: 10.1556/Mental.15.2014.3.6.
- <sup>13</sup> Kopp M. *Magyar Lelkiállapot. Végeken Alapítvány*, Budapest, 1992.
- <sup>14</sup> Biaggi, A, Conroy, S, Pawlby, S, et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 191: 62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014
- <sup>15</sup> Andrek A, Hadházi É, Kekecs Z. Az anya-magzat kötődést mérő Maternal-Fetal Attachment Scale kérdőív magyar nyelvű adaptálása és felhasználásának lehetőségei az ultrahang kommunikációs vizsgálatok során. *Orvosi Hetilap*. 2016; 157(20):789-795. doi: 10.1556/650.2016.30426
- <sup>16</sup> Stocker A K, Hargitai R. Az anya-magzat kötődés narratív pszichológiai vizsgálata. *Pszichológia*. 2007; 27(3):239-259.
- <sup>17</sup> Karácsony I. Az egészség - Antonovsky salutogenetikus szemléletének tükrében. *Sport- és Egészségtudományi Füzetek*. 2018; 2(1):32-45.

# Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban

Family orientation and cross-sectoral cooperation in early childhood intervention

Szerzők: Kereki Judit✉, Kispéter Lászlóné

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Családbarát Ország NK Kft.*

Beküldve: 2018. 06. 09.

doi: 10.24365/ef.v59i5.320

**Összefoglaló:** A korai életévek, az egészséges életkezdet támogatása a hosszú távú egészség biztosításának feltétele. A speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik a kora gyermekkori intervenció rendszerében kapják meg azokat az ellátásokat, amelyek sajátos szükségleteik alapján megilletik őket. A korai életszakaszban nyújtott preventív és intervenció szolgáltatások minősége kiemelt jelentőségű a gyermek fejlődése és a társadalom jövője szempontjából. A kora gyermekkori intervenció több szakmai ágazatot érint, az ellátórendszer nagyon heterogén, esetenként áttekinthetetlen. A különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket nem köti össze követhető út, a szakemberek között nem működnek jól a kommunikációs csatornák.

A tanulmány bemutatja a kora gyermekkori intervenció helyét, szerepét, nehézségeit, intézményeit és a szakember kompetenciákat, továbbá az intézményes szereplők közötti együttműködés jelenlegi helyzetét. A cikkben megjelenik a kora gyermekkori intervenció értelmezése, a nemzetközi tapasztalat hazai helyzetre adaptálhatósága. A tanulmány foglalkozik a kora gyermekkori intervenció célcsoportjaival, kiterjedt intézményrendszerével, a szolgáltatást végző szakemberek kompetenciájával, a szereplők közötti együttműködéssel, erősségeivel és gyengeségeivel, továbbá az ellátásba kerülés útjával. A kora gyermekkori intervenció területén előtérbe kerül a családközpontú szolgáltatás, az integrált, koordinált szolgáltató modell a „kulcsszemély” részvételével. A nemzetközi modellek integrálható tapasztalatai alapot adhatnak egy jövőbeli korszerűbb és hatékonyabban működő intervenció rendszer kialakításához.

**Kulcsszavak:** kora gyermekkori intervenció; szakmaközi együttműködés; családközpontú ellátás; kulcsszemély; integrált-koordinált szolgáltatói rendszerek

**Summary:** The support given in the early years of life is a prerequisite for the long-term health. Children with special needs and their families are receiving services according to their concrete special needs in the early childhood intervention system. The quality of the preventive services and interventions provided in the early years is utmost importance both for the development of the child and the future of the society. Early childhood intervention services are provided by different institutions of different sectors. These institutions are very heterogeneous, and their functioning is not always transparent enough. Institutions under different branches of the government often not connected by service paths easily understood and followed by the clients, communication between the experts of the different fields is not functioning well.

This study describes the Hungarian early childhood intervention system, its role and institutions, the required expert competencies, and the current state and challenges of cooperation between

the different institutional actors. The study presents an interpretation of the early childhood intervention and the adaptability of the international experience to Hungary's current situation. The target groups, the institutional system, the competencies of the expert service providers, the cooperation between the institutional actors, the weaknesses and strengths of the current system, and how the child who needs support is getting in the service system of the early childhood intervention is discussed. Currently, family centric service provision and an integrated and coordinated service model with a central role of a key-worker is gaining ground in the early childhood intervention system. Adaptable international experiences can serve as good models for the development of a modern and more effective early childhood intervention system in Hungary.

**Keywords:** early childhood intervention; interprofessional cooperation; family centered service; key-worker; integrated-coordinated supplying system

## BEVEZETÉS

### Háttér

Az első néhány életév a gyermeki fejlődés legfontosabb és legérzékenyebb szakasza. Ezen időszak alatt az egészség védelmében végzett tevékenységek vagy éppen azok elmulasztása jelentősen meghatározzák a jövő nemzedék életkilátásait. Reményre ad okot, hogy hazánkban az utóbbi évtizedben a szakpolitikában és a fejlesztéspolitikában is egyre hangsúlyosabbá vált a kora gyermekkori intervenció ügye.

### Előzmény

Az ellátórendszer működését vizsgáló kutatások fontos problématerületeket tártak fel, amelyek kiindulási alapot nyújtottak a különböző ágazatokban zajló fejlesztési programok számára, ezzel párhuzamosan pedig komplex javaslatcsomagok készültek egy hatékonyabban működő kora gyermekkori intervenciók rendszer kialakítása céljából, amely a szakpolitikai irányvonalak meghatározásához jelentett muníciót.

A kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódó szabályozási és finanszírozási környezet ellentmondásai, az egységes szemléletmód hiánya, az ágazatközi illetve szakmaközi együttműködések elégtelen működése, a fragmentált intézményrendszer, a kapacitás- és információhiány egyaránt akadályozzák a gyermekek és családjaik ellátó rendszerbe való bekerülését.

### Célkitűzés

Az érintettekhez eljutó, szükségletalapú szolgáltatásnyújtás, valamint az erőforrások hatékonyabb felhasználása érdekében a különböző támogatórendszerek együttműködésének összehangolására, a szülőknek, mint partnereknek a bevonására és egyénre szabott szolgáltatási rendszerre van szükség. A kora gyermekkori intervenció fejlesztési lehetőségeinek mérlegelése, az egységes szemlélet kialakítása szempontjából fontos a fogalmi keretek meghatározása, a hazai intézményrendszer felépítésének, az ágazatközi együttműködés jelen helyzetének leírása. A nemzetközi trendek áttekintése, a családközpontúság előtérbe kerülésének bemutatása remélhetőleg segíti az ellátórendszerben résztvevő szakembereket abban, hogy a szélesebb társadalmi környezetet egységében szemlélő holisztikus megközelítés jegyében jobban tudják munkájukat a gyermekek és a családok szükségleteihez igazítani.

### Módszertan

A téma feldolgozásához a teljesség igénye nélkül áttekintettük az elmúlt két évtizedben a kapcsolódó hazai és nemzetközi kutatások eredményeit, tanulmányok elemzéseit és a vonatkozó szakirodalmat. Számtalan már lezárult és jelenleg is folyó projekt foglalkozik a kora gyermekkori intervenció helyzetével, amelyek a tanulmányban és a hivatkozásban nyomon követhetők.

### A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÉRTELMEZÉSE

Nemzetközi terepen a kora gyermekkori intervenció fogalmának eltérő értelmezéseivel találkozhatunk, amelyek több szempontból (pl. a célcsoport korosztályi és problématerület szerinti meghatározása, a szolgáltatások köre, az ellátás időbeli lehatárolása, stb.) is különbségeket mutatnak. Gyakori az a megközelítés, amely a kora gyermekkori intervención a megkésett fejlődésű, a diagnosztizált fogyatékos illetve a megkésett fejlődés vagy fogyatékoság kockázatának kitett gyermekekre és családjaikra irányuló speciális szolgáltatásokat érti, a gyermek megszületésétől annak bizonyos életkoráig.<sup>1,2,3</sup> Vannak olyan meghatározások, amelyek a fejlődési zavar veszélyeztetettségének hátterében a biológiai mellett a környezeti rizikótényezőket is erőteljesen hangsúlyozzák, illetve az eltérő fejlődésű, fogyatékos, valamint az eltérő fejlődés kockázatának kitett gyermekeken kívül a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekeket és családjaikat külön célcsoportba sorolják.<sup>4,5,6,7</sup> Az sem ritka, hogy a tehetséges gyermekeket vonják be a kora gyermekkori intervenció célcsoportokba, de megfogalmazódik a bevándorló csoportok gyermekeinek és családjaiknak nyújtott speciális támogatás szükségessége is.<sup>8,9</sup>

A hazai szakemberek tágabb értelmezésben használják a fogalmat, figyelembe véve a *European Agency for Special Needs and Inclusion Education* (Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért) megközelítését és a hazai definíciók evolúciójának eredményeit.<sup>10,11,12,13,14,15,16</sup> Ennek megfelelően a jelenleg használt értelmezés: a kora gyermekkori intervenció magába foglalja a *pre-*, illetve *perikonceptcionális* időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma

felismerésétől és jelzésétől kezdve az állapot megismerésén, diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző rehabilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a preventív elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását.<sup>17</sup> Magyarországon a tankötelezettség jogszabályi meghatározottsága alapján a gyermekek születésétől az iskolába lépésig, azaz 0-6 (7) éves korukig maradnak a kora gyermekkori intervenció rendszerében,<sup>1</sup> amelyen belül is a 0-3 éves életkor kiemelt fókuszot kap.

### A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ CÉLCSOPORTJAI

Amennyiben a szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció értelmezését tartjuk szem előtt, már a *prekonceptcionális* szakaszban hangsúlyozzuk a preventív jellegű tevékenységek fontosságát, hiszen a tudatos és eredményes családtervezésre, az egészséges magzat kihordásához szükséges egészségi állapot megőrzésére már gyermek- és serdülőkorától fel lehet készülni, amely az egészségügyi- és a köznevelési rendszer szoros együttműködésében lehetséges.<sup>18</sup> A *perikonceptcionális* időszakban a gyermekvállalás legmegfelelőbb biológiai és pszichés körülményeinek elősegítése érdekében a gyermeket tervező pár (és a születendő gyermek) szükségleteit figyelembe véve zajlik a fogamzás előtti gondozás és a genetikai tanácsadás, amelynek elsődleges terepe az egészségügyi alap- és szakellátás. A várandósság ideje alatt a magzatra, a várandós anyára és családjára irányuló ellátások esetében elsősorban az egészségügyi- és a szociális, valamint gyermekvédelmi rendszer szolgáltatásai kerülnek előtérbe.

A gyermek megszületése után minden gyermek illetve családjaik beletartoznak a célcsoportba, akik a gyermek egészséges fejlődésének támogatását segítő ellátásokat, szolgáltatásokat, igénybe veszik, illetve ezen belül ide tartoznak a valamilyen szempontból speciális támogatást igénylő

<sup>1</sup> A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 45.§ (2) alapján a gyermek abban az évben, amelynek augusztus 31. napjáig a hatodik életévét betölti, legkésőbb az azt követő évben tanköteleessé válik.

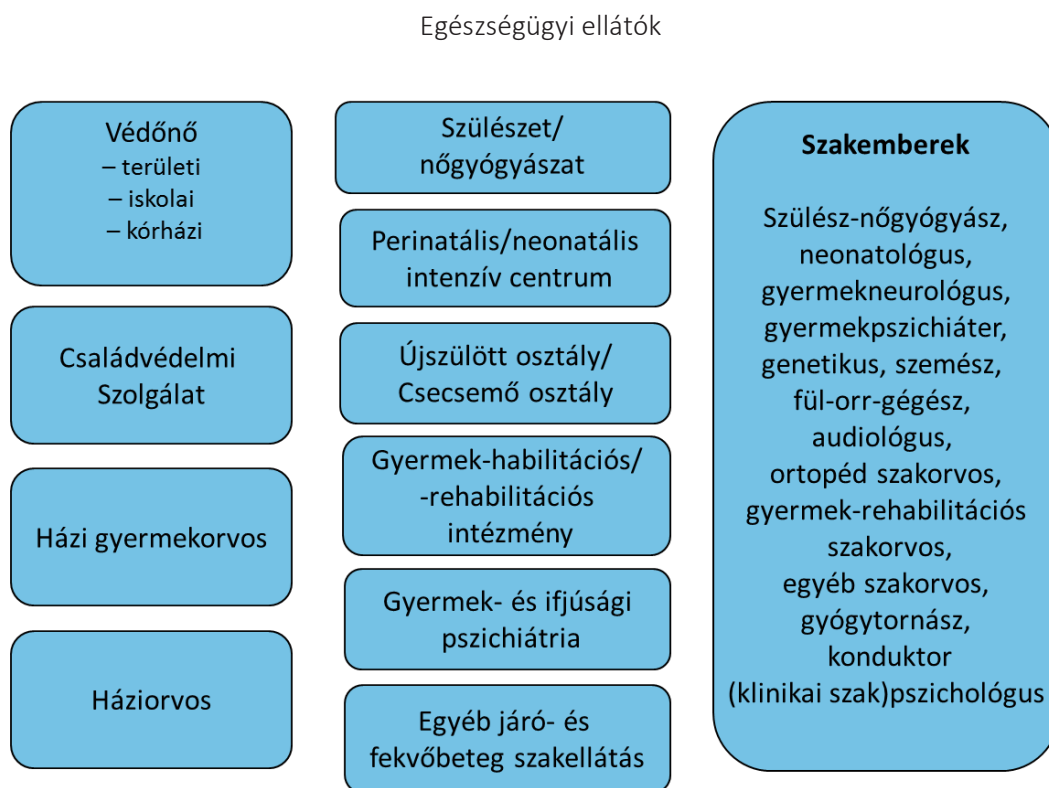
csoportok. Az eltérő szükségletek felől közelítve és a releváns jogszabály által azonosított kategóriákat figyelembe véve a kora gyermekkori intervenció célcsoportjai közé sorolhatóak: (1) a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (*organikus*) szinten érintett: a fejlődési rizikóval született (pl. koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, valamint a krónikus beteg gyermekek; (2) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny; (3) a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH), valamint (4) a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő halmazait alkotják.<sup>15,16,19,20</sup> A gyermek korai életszakaszában nyújtott ellátások, szolgáltatások biztosításában mindhárom ágazat (egészségügy, szociális, köznevelés) részt vesz. Ezek a szolgáltatások, ellátások lehetnek általánosan hozzáférhetőek, univerzálisak (pl. a védőnői ellátás, a bölcsődei gondozás-nevelés, óvodai ellátás), illetve célzottan több különböző, speciális támoga-

tást igénylő csoportra fókuszáló (pl. pedagógiai szakszolgálat tevékenységei).

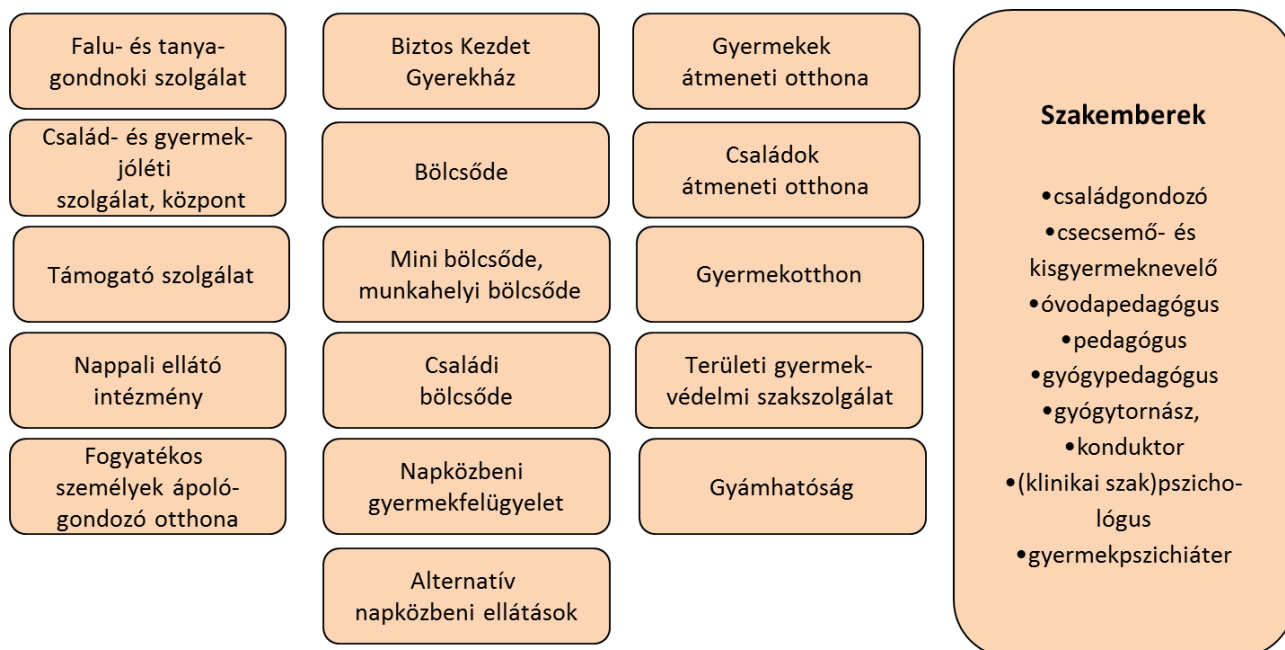
### A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS INTÉZMÉNYRENDSZER

A hazai kora gyermekkori intervenció intézményrendszer résztvevői mindazok az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézmények, valamint dolgozók, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a gyermekekkel (beleértve a speciális támogatást igénylő gyermekeket), illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, a felismerés, szűrés, jelzés folyamatához, az állapot megismerés, diagnosztika szakaszához, valamint az ellátások, szolgáltatások, juttatások, rendszeréhez kapcsolódik.<sup>21</sup> [1. ábra]

1. ábra: Különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők



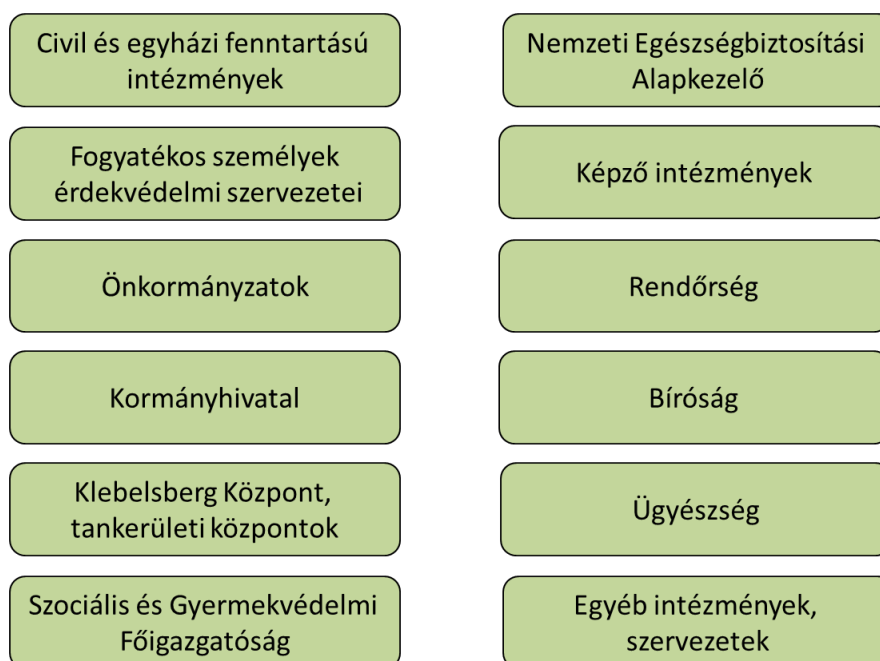
Szociális/gyermekvédelmi/gyermekjóléti intézmények



Köznevelés intézményei



Egyéb intézmények



Forrás: Kereki Judit 2017<sup>19</sup> nyomán

## UTAK, SZAKEMBEREK ÉS KOMPETENCIÁK

Az egészség megszerzésében, fejlesztésében és megőrzésében a megelőzés minden szintje jelen van. A rendszer döntően a másodlagos prevencióra alapoz, amelynek fő eleme a szűrés. A gyermeki fejlődés nyomon követéséhez és az eltérő fejlődést mutató gyermekek időben történő felismeréséhez az optimális fejlődés menetének ismerete és az eltérések azonosítása szükséges. A gyermekek komplex (szomatikus, pszichés, mentális, szociális) fejlődésének nyomonkövetésével, az eltérések korai észlelésével és kezelésével lehetőség nyílik a későbbi zavarok megelőzésére. A korai felismerés döntően szűrővizsgálatokkal, a legfontosabb szekunder prevenciók tevékenységgel történik. Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok rendjét, módszerét és a szakember kompetenciákat jogszabály rögzíti.<sup>22,23</sup>

Az alap szűrővizsgálatokat a 0-18 éves korosztály esetében a gyermekegészségügyi szolgálaton belül

a védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos végzi. A védőnő, a megelőző-gyógyító ellátás keretében elsősorban a megelőzésre felsőfokon képzett szakember, aki közreműködik a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek- és ifjúság egészségvédelemben, valamint ellát közegészségügyi, egészségnevelési és egészségfejlesztési feladatokat is. Az egyetlen olyan szakember, alkalmazási formájánál, munkakörénél fogva, aki területi ellátási kötelezettsége alapján elvileg minden várandós anyát és gyermeket gondoz, és minden család otthonába eljut. Feladatát önállóan végzi, szoros együttműködésben a gyermek házi gyermekorvosával, házi gyermekorvosával, a szülész-nőgyógyász szakorvosokkal, a köznevelési intézmények orvosaival, a pedagógusokkal, valamint a család- és gyermekjóléti szolgálattal.

Amennyiben a védőnő a szűrés, illetve a szülői kérdőív<sup>ii</sup> értékelése során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát/háziorvosát, aki, ha problémát észlel, szakellátó

<sup>ii</sup> A TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program keretében került kidolgozásra a szülői kérdőív, amelyet 12 kötelező és 3 kiegészítő korcsoportban tölt ki a szülő a gyermek 0–7 éves kora között (ha szükséges, védőnői segítséggel), és amely a szülőket segíti gyermekük fejlődésének nyomon követésében. Emellett a védőnői szűrővizsgálati kérdések is korszerűsödtek és a szülői kérdőívvel való összehangolásuk is megtörtént.<sup>22</sup> A szülői kérdőív kötelező használata jogszabály szerint 2017. október 30-án lépett érvénybe.<sup>23</sup>

szakorvoshoz utalja a gyermeket. Az egészségügy rendszerében a fogadó intézményben történő terápiás ellátás mellett jogszabály alapján egészségügyi rehabilitációt, rehabilitációt végző magánellátók is részt vesznek, házi gyermekorvos/háziorvos és szakorvos is irányít oda gyermekeket.<sup>24</sup> Azonban az egészségügyi és a pedagógiai ellátást végző intézményeket csak részlegesen köti össze jogszabály, az egészségügyi alapellátó csak javasolhatja a köznevelési intézmény (adott esetben pl. a pedagógiai szakszolgálat) felkeresését, de nem utalhatja oda ellátásba a gyermeket. A szakellátó szakorvos pedig csak a gyermek 18 hónapos koráig teheti meg ezt. A köznevelés rendszerében, ha egy gyermeknél az eltérő fejlődés gyanúja felmerül, a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága illetékes annak megítélésében, hogy valóban fennáll-e a probléma, és szüksége van-e a gyermeknek a pedagógiai szakszolgálat által nyújtható korai fejlesztésre, vagy más szolgáltatásra. A pedagógiai szakszolgálatoknál különböző szakirányon végzett gyógypedagógusok, pszichológusok, gyógytornászok foglalkoznak a gyerekekkel. A gyermek korától függően három út lehetséges az ellátásba kerüléshez:

A 18 hónap alatti gyermekek közvetlenül ellátásba kerülhetnek, a megyei és a járási szakértői bizottságok a szakértői véleményüket a gyermekek külön vizsgálata nélkül, a jogszabályban megnevezett szakorvosok által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészíthetik. Amennyiben a gyermek nem rendelkezik orvosi véleménnyel, akkor csak a megyei szakértői bizottság vizsgálata alapján kerülhet korai fejlesztésbe.<sup>25</sup> 18 hónapos és 3 éves kor között a szülőnek a gyermekkel a megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézménybe, illetve mozgásszervi, érzékszervi fogyatékoság esetében az országos szakértői bizottsághoz kell eljutnia, ahol a szakértői bizottsági tevékenység keretében egy komplex vizsgálat elvégzése után indokolt esetben sajátos nevelési

igényt állapítanak meg, ez alapján szakértői véleményben tesznek javaslatot a gyermek ellátására. Amennyiben a szakértői bizottság korai fejlesztést javasol, ellátási helyszíneként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelöli ki. Ha ilyen módon nem oldható meg az ellátás, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával szerződött intézményben kerülhet sor.<sup>25</sup> A korai ellátásokat tekintve a pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásai közül a korai fejlesztés mellett a nevelési tanácsadás, a logopédiai szolgáltatás és a konduktív pedagógiai ellátás azok a tevékenységek, amelyek már születéstől nyújthatóak.

A 3 évnél idősebb gyermekek esetében a járási szakértői bizottság feladata a gyermek teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálata, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálata. Ha a járási szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, a gyermeket továbbküldi a megyei szakértői bizottság felé, ahol a sajátos nevelési igényt megállapítják vagy kizárják. Ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat, illetve a szakértői vélemény iránti kérelem elkészítésében.<sup>25</sup>

Hangsúlyoznunk kell a család- és gyermekjóléti szolgálat, illetve központ szerepét. A gyermek veszélyeztetettsége esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. bölcsőde) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató felé. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása esetén kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni.<sup>26</sup> (A speciális ellátást nyújtó intézmények szakembereinek kompetenciáját az 1. táblázat tartalmazza.)



1. táblázat: Szakemberek és kompetenciák

Szakemberek	Kompetencia leírása
gyógypedagógus	A gyógypedagógusok olyan segítő szakemberek, akik a szakirányuknak megfelelően végzik a különböző fogyatékos, sérült, akadályozott személyek szakszerű segítségét, fejlesztését, nevelését-oktatását, komplex habilitációját- és rehabilitációját.
hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (szurdopedagógus)	A hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus a hallássérült (süket és nagyothalló) gyermekek ellátását végzi speciális, valamint integrált oktatás gyakorlatát folytató óvodákban, köznevelési intézményekben.
logopédus	A logopédia szakirányon végzett gyógypedagógusok a hangképzés, a beszéd, a beszélt és írott nyelvi képesség fejlődési és szerzett zavaraihoz, továbbá a specifikus tanulási zavarokhoz (diszlexia, diszortográfia, diszgráfia, diszkalkulia) kapcsolódó prevenció, állapotmegismerési és terápiás tevékenységet végeznek.
szomatopedagógus	A szomatopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok a mozgáskorlátozottak számára fenntartott speciális intézményekben ellátottak, valamint integrált/inkluzív óvodákba, iskolákba járó mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók fejlesztését, egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációját végzik.
értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (korábban oligofrén- pedagógus)	Az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus az értelmileg akadályozott (mérsékelten súlyos, súlyos és igen súlyos fokú értelmi fogyatékos és halmozottan sérült) gyermekek komplex gyógypedagógiai megsegítését, fejlesztését végzi.
tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (részben korábban oligofrénpedagógus)	A tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus többek között a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékos), a tanulási zavarral és tanulási nehézséggel küzdő gyermekek komplex, speciális nevelését-oktatását, fejlesztését végzi.
pszichopedagógus	A pszichopedagógia szakirányon végzett gyógypedagógusok foglalkoznak a tanulási, érzelmi és viselkedészavarok kezelésével, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdő gyermekek, tanulók, illetve a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek, fiatalok gyógypedagógiai megsegítésével. A beilleszkedési, viselkedés- és/vagy teljesítményzavarok felismerésével, kezelésével; a nehezen nevelhető, személyiségzavarokkal küzdő gyermekek gyógyító nevelésével, oktatásával, segítve ezzel az eredményes szocializációjukat.
látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (tiflopedagógus)	A látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusok a látássérült (vak, alig látó és gyengén látó) gyermekek komplex, speciális fejlesztésével, nevelésével-oktatásával foglalkoznak a speciális óvodákban, iskolákban, illetve a többségi óvodákba, iskolákban egyaránt.
autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus	Az autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett segítő szakemberek az autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek komplex fejlesztését, ellátását végzik speciális gyógypedagógiai intézményekben.
óvodapedagógus	Az óvodáskorú gyermekek nevelését végzi 3 éves kortól egészen a tankötelezettség teljesítésének megkezdéséig. Alapvető feladata a rábízott gyermekek differenciált nevelése, a gyermekközösségek alapítása, fejlesztése. Munkája során figyelemmel van a gyermek egyéni képességeire, szociokulturális helyzetére. Szorosan együttműködik a szülőkkel, valamint támogatja az orvost, a védőnőt, és a gyermekjóléti szolgálat munkáját.
csecsemő- és kisgyermeknevelő	A csecsemő- és kisgyermeknevelő a gyermekek ellátását 20 hetes koruktól 3 éves korukig (sajátos nevelési igényű gyermekek esetében 6 éves korukig) végzi. Munkája során támogatja az érintett korosztály fejlődését, szocializációját, valamint segíti a kisgyermekes családok nevelési tevékenységét. Mindezek mellett alkalmas gondozói, nevelői, közvetítői, képviselői és tanácsadói feladatok elvégzésére is.
pszichológus	A pszichológus alapvetően bölcsész végzettséggel rendelkező szakember, aki megfigyeli, tanulmányozza a lelki jelenségeket, törvényszerűségeket, vizsgálja a megismerési folyamat, a gondolkodás, érzelmek stb., ill. az emberi viselkedés természetét. Diagnosztikai tevékenység keretében végezhet többek között személyiség-, teljesítményvizsgálatot, alkalmassági vizsgálatot, szociálpszichológiai felmérést. Egyéni és csoportterápia keretében kezeli a problémákat. Tanácsadói munkájával elősegíti a lelki betegségek megelőzését, a hozzáférhető életvezetési, pályaválasztási stb. problémáinak megoldását. A szakirányú végzettségétől függően számos helyen képes hasznosítani ismereteit. Dolgozhat kórházakban, rendelőkben, pedagógiai szakszolgálatokban, óvodákban, iskolákban, korai fejlesztő központokban, családsegítő- és gyermekjóléti szolgálatokban. Szakpszichológusi szakképzési programok egészségügyi képzés keretében zajlanak.

gyermekpszichiáter	A gyermekpszichiáter olyan orvosi végzettséggel rendelkező szakember, akinek a szakterülete mentális betegségek megelőzése és kezelése. Nem végezhet pszichológiai teszteseteket, viszont vizsgálatok révén képes kiszűrni azokat az állapotokat, melyek nem lelki, hanem testi eredetűek. A gyermekkorban előforduló mentális betegségek és kórképek felismerését, gyógyítását, enyhítését, ill. prevencióját végzi ambuláns és osztályos ellátás keretében.
gyógytornász	Az egészségügyi, a szociális ellátás valamennyi szintjén megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munkát végez. Munkájához tartozik a nyaki- és vállövi izomzat feszességének, fájdalmának oldása, a fizioterápia alkalmazása gerincferdülés és derékfájdalmak előfordulásakor. Veleszületett csípőficam, dongaláb, ferde fejtartás esetében célzott izomerősítést, az egyes izomcsoportok feszességének oldását végzi. Az ő feladata a műtétek utáni mobilizáció, a megfelelő segédeszköz használatának megtanítása, a célzott izomerősítés.
szociális munkás	Jellemző feladatai a nehéz helyzetben lévő személyek, családok felderítése, a probléma feltárása, a probléma megoldására irányuló akciótervek kidolgozása, családgondozás biztosítása, komplex és folyamatos segítségnyújtás, az igényeknek megfelelő szolgáltatások felkutatása, megszervezése. Leginkább a szociális, segítő munkát végző civil, illetve állami szervezetekben, intézményekben (pl. család- és gyermekjóléti szolgálatok és központok, önkormányzatok szociális osztálya) dolgoznak.
konduktor	A központi idegrendszeri sérüléssel élő mozgássérült személyek (ezen belül is a 2-8 éves, 1-4. osztályos gyermekek) konduktív nevelésével foglalkoznak. Köznevelési, egészségügyi intézményekben, korai fejlesztő központokban dolgoznak, feladatuk többek között a sajátos nevelést igénylő gyermekek egyéni és csoportos nevelése-oktatása, az egyéni képességek megismerése, képességhiányok korrigálása, kompenzálása, tanácsadás, kapcsolattartás a szülőkkel.
családsegítő	A család- és gyermekjóléti szolgálatokban, az alapszolgáltatás során szociális segítő munkát végző szakember.
esetmenedzser	A család- és gyermekjóléti központ szociális szakembere/munkatársa, aki az adott járás illetékességi területén látja el a gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó, hatósági intézkedést megelőző és követő segítő tevékenységet.
gyermekvédelmi gyám	Olyan szakember, akit a gyámhatóság rendel ki a gyermek mellé, abban az esetben, ha a gyermeket nevelőszülőnél, gyermekotthonban vagy más bentlakásos intézményben helyezte el, ill. átmeneti vagy tartós nevelésbe vette. Ő képviseli a gyermek érdekét, ellátja a törvényes képviseletét, elősegíti jogainak gyakorlását; a gyermek gondozása és nevelése mellett a vagyonának kezelése is a feladatai közé tartozik. Figyelemmel kíséri és elősegíti a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, nevelését, valamint ellenőrzi a gyermek teljes körű ellátásának megvalósulását

Forrás: Kereki Judit 2015<sup>22</sup>nyomán

### A SZAKMAKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK LÉTJOGOSULTSÁGA, A SZAKMAKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉS JELLEMZŐI

A kora gyermekkori intervenció eredményességét, az ellátások megléte, igénybevételének lehetősége, elérhetősége mellett nagymértékben meghatározza a hatékony ágazatközi kommunikáció, a szakmák közötti együttműködés, az intézményes szereplők közötti kapcsolat „milyensége”, a problémák megoldását célzó, támogató együttműködések minősége. A koragyermekkor időszaka komoly kihívás a holisztikus rendszerszemléletű és mértékadó tudomány és szakmaközi, ágazatközi együttgondolkodás, együttműködés számára.<sup>27</sup> Ahol a különböző ágazatok intézményei között a kapcsolati

háló kiterjedt és intenzív, gyorsabb az információáramlás, korábban bejutnak a gyermekek a szükségletüknek megfelelő intézményekbe.<sup>28</sup>

Az együttműködés, a szakmai, szakmaközi kapcsolatok felvétele szükséges, ha a problémák folyamatosan fennállnak, komplexitásuk miatt egyetlen szakma önmagában csak részben tudja kezelni őket, megoldásukra több erőforrásra van szükség. Ideális esetben a szakmaközi tevékenységre jellemző a holisztikus szemlélet, a szakmák (és egymás) kompetenciáinak tiszteletben tartása, építő jellegű eszmecserék, viták és konfliktuskezelés, továbbá az áttekinthető felelősség megosztás. A szakmaközi tevékenység feltétele a szolgáltatásnyújtás átfogó megértése, erre való érzékenység, a közös érdekeltiség felismerése és partnerség az együttműködés-

ben, illetve annak kialakítása, egymás szerepeinek megismerése és elfogadása, cél-orientáltság, feladat- és problémamegoldó jelleg. Az eredményes együttműködés kiemelt feltétele a saját és egymás kompetenciáinak, szakmai lehetőségeinek ismerete, a szakmai kompetencia eszközként való használata, más szakmák értékeinek, tudásának elfogadása. A szakmaközi együttműködés előnye a konstruktív kooperáció, a merev szakmai keretek feloldása, motiváltabb közreműködők, gyakorlatias, hatékony, minőségre törekvő szolgáltatás. A tevékenység hátránya: különböző szakmai nyelv, stílus, különböző szakmai értékek, különböző képzettség, az egyes szakmai kompetenciák, identitás, lojalitás elvesztése továbbá a teljesítmény nehezebb értékelése és az időigényesség.<sup>29</sup>

### NEMZETKÖZI TRENDK

A hazai kora gyermekkori intervenciók ellátórendszer átalakításánál, korszerűsítésénél figyelembe kell venni azokat az általános nemzetközi trendeket, amelyek egy korszerűbb szemléleti háttér megalapozásán keresztül biztosítják az ellátás hatékonyságának és eredményességének a növekedését. Ezeknek a változásoknak az iránya jellemzően a családközpontúság előtérbe kerülése, és az integrált, koordinált rendszerek, illetve ezzel összefüggésben az interdiszciplináris team tevékenységen alapuló szolgáltatói modellek.

#### Családközpontú ellátás

Az elmúlt években a családközpontú szolgáltatások szerepe felértékelődött, a gyermek mellett a család, sőt a kiterjedt család, annak környezete és körülményei is a szolgáltatások fókuszává váltak, a szakértőközpontú megközelítés háttérbe szorult.<sup>30</sup> A család szerepének hangsúlyozottabb volta azért is fontos, mert a család felelős a családtagok egészségének megszerzéséért, megőrzéséért és fejlesztéséért, az egészség-érték szemlélet kialakításáért, a gyermekek egészségmegőrzésének feltételeiért. A családközpontú megközelítésben megjelenik a családokkal kapcsolatban álló szakember és a család közötti interakció felvétel, az együttműködés és a partneri viszony, ezzel lehetővé téve az információ megosztását, a családtagok aktivitását a szolgáltatások és támogatások mobilizálásában.

A családközpontúság előtérbe kerülése, a szülők gyermeki fejlődéssel kapcsolatos tudásának, kompetenciáinak fejlesztése, a családban meglévő erősségek és védőfaktorok azonosítása hozzájárulnak a kora gyermekkori intervenció eredményességéhez.<sup>31</sup> Ennek megfelelően a deficiitorientált megközelítésről az erősségalapú megközelítésre helyeződik a hangsúly, a gyermek problémájára irányuló figyelem és támogatás helyett a gyermek és a család erősségeinek és erőforrásainak támogatása kerül előtérbe.<sup>32</sup> A szakemberek feladata a képességek és erősségek azonosítása, fejlesztése és olyan stratégiák kidolgozása, amely ezekre a képességekre épít annak érdekében, hogy a gyerekek a saját környezetükben jól tudjanak működni, az felnőttek pedig optimális élményeket tudjanak nekik nyújtani.<sup>33</sup>

#### Integrált, koordinált szolgáltatói rendszerek

A nemzetközi tapasztalatok szerint a koordinált, interdiszciplináris együttműködésen alapuló, integrált szolgáltatói hálózatok kialakítása hatékonyabb működést eredményez. Az integrált, de legalábbis koordinált rendszerekről általában elmondható, hogy holisztikus szemléletűek, a működésüket erőteljesen befolyásolja az a felismerés, hogy a gyermekekre és családokra irányuló beavatkozások nem különíthetők el egyes ágazatok szerint.<sup>34</sup> Az is egyértelmű, hogy a gyermekek szükségleteit olyan koordinált szolgáltatásokkal lehet legjobban kielégíteni, melyek teljes kapcsolati környezetüket figyelembe veszik, beleértve a szüleiket, a szélesebben vett család tagjait, a védőnőt, a családgondozót, a korai gondozásban vagy nevelésében résztvevő intézmények érintett szakembereit és/vagy a mentális egészségével foglalkozó szakembert egyaránt.<sup>35</sup>

#### Interdiszciplináris team működés

A kora gyermekkori intervencióban érintett gyermeket és családját körülvevő különböző ellátórendszerek és szakterületek eltérő irányelvek, protokollok, folyamatok mentén, különböző kompetenciával rendelkező szakemberekkel dolgoznak, amelyek áttekinthetetlenek a gyermek, illetve családja számára. Az eltérő működési logikák és azoknak az összehangolása egy diszciplínát átívelő, integrált team-szemlélet jelenlétét igényli a szolgáltatói rendszerben. Az európai

országokban a korábban jellemző multi-diszciplináris<sup>iii</sup> team működéstől az interdiszciplináris<sup>iv</sup> team munkán keresztül a transzdiszciplináris<sup>v</sup> szemléleten alapuló megközelítésű team tevékenység vált követendővé.<sup>36,37</sup>

Az egyik olyan modell, amely a kora gyermekkori intervenció újrakonceptualizálásához legjobban illeszkedik, az ún. kulcsszemély (*key worker*) modell vagy más néven az elsődleges szolgáltatást nyújtó modell, ahol a koordinált ellátás keretében komoly interdiszciplináris csapat szerveződik a speciális támogatást igénylő gyermek és családja köré.<sup>38</sup> Nemzetközi terepen többféle kompetenciával betölthető ez a szerepkör. Amennyiben a gyermeknek és/vagy a szülőnek bármilyen speciális támogatásra van szüksége, a kulcsszemély az, aki továbbirányítja a gyermeket, családot a megfelelő ellátóhoz, szolgáltatóhoz – végig kézben tartva, nyomon követve a folyamatot, tartva az ellátókkal a kapcsolatot.

### HAZAI PERSPEKTÍVÁK

A hazai fejlesztési programok a kora gyermekkori intervenciók ellátórendszer hatékonyabb működését célozva olyan modellek kialakítására tettek lépéseket, amelyek korábbi kutatás-fejlesztési tapasztalatokra, hazai jó gyakorlatokra, valamint eredményesen alkalmazott külföldi modellek adaptálható elemeire építenek.<sup>13,20,39</sup> 2017. februárjában indult az „EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt”, amelynek fő célja a gyermekek és családjaik hatékonyabb, magasabb színvonalú ellátásához, a szükségletekhez igazodó szolgáltatásokhoz való hozzájutásának biztosítása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletű csoportokra. Ennek érdekében a projekt egy, a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket összekötő gyermekút kialakítását valósítja meg, ahol minden szereplő pontosan tudja mikor, mit kell

tennie, hová kell továbbküldenie a gyermeket és kinek kell jeleznie.

A projekt az ágazatközi és szakmaközi együttműködések javításához a szabályozás egységes szemléletű átalakítását, összehangolását, közös irányelvek, protokollok kidolgozását végzi el. Az egységes gyermekút bevezetése, valamint a gyermeki fejlődésről, illetve a fejlődési eltérések felismeréséről való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek kompetenciáinak növelését, egységes szemléletük formálását igényli. Ennek a tudásnak a megszerzése érdekében tízezer szakember képzését bonyolítja le a projekt. A módszertani fejlesztések nagy része komplex képzésekbe csatornázódik be, és a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek (pl. gyógyterapeuta, pedagógusok, pszichológusok, gyógytornászok, védőnők, házi gyermekorvosok, házi orvosok, szakellátó szakorvosok, kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok, családgondozók) részére egyes kiscsoportokban kerül oktatásra, kiaknázva az ily módon történő tudásátadás szemléletformáló erejét. Emellett témaspecifikus képzések keretében ismerkednek meg a szakemberek többek között a fejlesztésre kerülő szűrő és vizsgáló eljárásokkal, az állapotmegismerés vagy a korai komplex családközpontú tanácsadás, intervenció témájával. Célcsoport-specifikus képzésben vesznek részt például a kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok, a pedagógiai tanácsadás témakörében a felsőfokú szakképzettséggel nem rendelkező szakemberek tudásuk megújítása érdekében.

Ugyanakkor a projekt fókuszba állítja a családokkal való partneri együttműködés kialakítását, a szülők fokozottabb bevonását, edukálását. Fontos cél a szülők, családtagok a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve gyermekneveléssel kapcsolatos ismereteinek bővítése, a megfelelő szülői kompetencia, tudatosság és felelősségérzet erősítése. Lényeges a szülők számára az ellátórendszer, a gyermekút megismerése, az ellátórendszerhez kapcsolódó tudás bővítése is.

<sup>iii</sup> Multidiszciplináris működés esetén különböző szakemberek egy időben, párhuzamosan, egymás mellett foglalkoznak a gyermekkel, de munkájuk során nem igazán érintkeznek egymással.

<sup>iv</sup> Az interdiszciplináris team munka esetében a különböző szakterületekről és eltérő szakmai háttérből érkező szakemberek egy átfogó ellátási terv alapján dolgoznak, és bár egymástól függetlenül értékelnek és nyújtják a szolgáltatásokat, a teamtagok közötti kommunikációnak hangsúlyos szerepe van, az értékelés és a beavatkozás eredményeit rendszeresen megosztják egymással.<sup>17</sup>

<sup>v</sup> A transzdiszciplináris szemléletben dolgozó szakemberek egy integrált, holisztikus megközelítésű szolgáltatási modell keretében működnek együtt úgy, hogy a szakterületek közötti határok átjárása érdekében maximalizálják a tagok közötti kommunikációt, interakciót és kooperációt, valamint mindvégig együttműködnek a szolgáltatások tervezésében, kivitelezésében és értékelésében.<sup>17</sup>

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés javításához a szolgáltatáshiányos területekre való szolgáltatások eljuttatása járul hozzá, amelyet egy komplex mozgó szolgáltatási modell segítségével kíván elérni a projekt. A kulcsszemély feladatainak meghatározása, személyének megnevezése elengedhetlenné válik, a védőnő, mint jövőbeni potenciális kulcsszemély feladatainak lehatárolása előtérbe kerül. Az egységes gyermekút kialakításának háttérül szolgáló informatikai rendszerek összekapcsolásra kerülnek, melynek köszönhetően a gyermek fejlődése nyomon követhetővé válik.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A kora gyermekkori intervenció elméleti kereteinek tisztázása elengedhetetlenül fontos a különböző ágazatok és szakterületek egységes szemléletű megközelítése érdekében. A magyarországi ellátórendszer átalakításánál figyelembe kell vennünk az általános nemzetközi trendeket, valamint meg kell ismernünk azokat a működő modelleket, amelyeknek adaptálható elemeit felhasználva olyan rendszerműködés érhető el, amely biztosítja az ellátás hatékonyságának és eredményességének növekedését. A családközpontú megközelítésnek egyre inkább teret kell kapnia a kora gyermekkori intervencióban, ahol a korszerű szemléleti megközelítésben nem csak a gyermek, hanem a család, illetve annak szűkebb és tágabb környezete áll a szolgáltatás fókuszában. Egy hatékonyabban működő rendszer kialakításához a család kompetenciáinak szélesítésén túl

szükség van a szakemberek képzésében a kora gyermekkori intervencióval kapcsolatos tudástartal- mak fejlesztésére, a különböző szakterületek és ágazatok közötti együttműködéssel kapcsolatos ismeretek elsajátítására. Fontos az intézményháló- zat működésének, a szakmai kompetenciáknak, az interdiszciplináris team munka módszertani elemeinek megismerése. A szakmák közötti együtt- működésben az esetleges kapcsolódások helyett a már kialakulóban lévő szabályozott „gyermekút” létrehozása jelenti a megoldást. Minőséget megha- tározó és eredményességet növelő elvárás olyan partneri viszony kialakítása a szolgáltatást nyújtó szakemberek között, amely megköveteli a visszajel- zések rendszerének korrekt működtetését. Elengedhetlen a területi adottságoknak megfele- lően a koordinált szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, az ágazatközi interdiszciplináris team-ek működtetése, és a kulcsszemély kijelölése, aki a gyermek és családja ellátásba kerüléséért, a folyamatok menedzseléséért felel. A jövő egyik kiemelt feladata a kulcsszemélyek képzésének szervezése.

Jelen áttekintésünkkel reményeink szerint sikerült felhívni a gyermekek egészséges fejlődéséért felelős szakemberek figyelmét a kora gyermekkori inter- venció témájának komplexitására, jelentőségére. Arra törekedtünk, hogy ezzel támpontot adjunk e kiemelt terület megismeréséhez, megértéséhez, a szövevényes intézményrendszerben való eligazo- dáshoz, a szakemberek kompetenciáinak átlátható- ságához, a szükséges intézkedések meghozatalának ösztönzéséhez.

### HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> Guralnick, M. J.: An Overview of the Developmental Systems Model for Early Intervention. In: Guralnick, M. J. (ed.): The Developmental Systems Approach to Early Intervention. Paul H. Brookes, Baltimore, Maryland, 3–28. 2005.

<sup>2</sup> Walsh, T.: Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Ireland. European Agency for Development in Special Needs Education., 2009.

<sup>3</sup> Svendsen, I. : Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Denmark. European Agency for Development in Special Needs Education, 2009. <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>. (Elérve: 2015. 09. 04.)

<sup>4</sup> Feldman, M. A.: Introduction: What is Early Intervention? In: Feldman, M. A. (ed.): Early Intervention. Blackwell Publishing Ltd., 1–4., 2004.

<sup>5</sup> Guralnick, M. J. : Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable Children: A developmental Perspective. In: Feldman, M. A. (ed.): Early Intervention. Blackwell Publishing Ltd., 9–50., 2004.

- <sup>6</sup> Diken, I. H. és Er-Sabuncuoglu, D. M.: Early Childhood Intervention in Turkey. In: Pretis, M. (Ed.): Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges. Maya, Ankara, 99–111., 2010.
- <sup>7</sup> Pretis, M. : Early Childhood Intervention in Austria. In: Pretis, M. (ed.) Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges. Maya Akademi, Ankara, Turkey, 11–23., 2010.
- <sup>8</sup> Guilbault, K. M.: Early Enrichment for Young Gifted Children. The Maryland Coalition for Gifted and Talented Education, 2012. <http://mcgate.org/early-enrichment-for-young-gifted-children/> (Elérve: 2018-05-06)
- <sup>9</sup> Park, M. és McHugh, M.: Immigrant parents and Early Childhood Programs. Migration Policy Institute., 2014.
- <sup>10</sup> European Agency for Development in Special Needs Education: Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations. European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Denmark, 2005. <http://www.european-agency.org> (Elérve: 2018. 05. 01.)
- <sup>11</sup> European Agency for Development in Special Needs Education: Early childhood intervention. Progress and Developments 2005–2010. European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Dánia, 2010. [https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments\\_ECI-report-EN.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf) (Elérve: 2018. 05. 01.)
- <sup>12</sup> Czeizel B.: A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. Gyógypedagógiai Szemle, 2–3, 153–159., 2009.
- <sup>13</sup> Kereki J. (írta és szerk.): Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, 2011. [http://www.educatio.hu/pub\\_bin/download/tamop\\_311/4pillar/regionalis\\_helyzetertekeles\\_kezirat.pdf](http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4pillar/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf) (Elérve: 2018. 05. 11)
- <sup>14</sup> Danis I.: A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban. Gyógypedagógiai Szemle, 2., 2015. [http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu\\_id=102&jid=53&jaid=733](http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=53&jaid=733) (Elérve: 2018. 05. 01.)
- <sup>15</sup> Kereki J. : A koragyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. In: Gyermeknevelés. „Korai intervenció” különszám. 55-76, 2015. [http://gyermekneveles.tok.elte.hu/6\\_szam/pub/kereki.html](http://gyermekneveles.tok.elte.hu/6_szam/pub/kereki.html) (Elérve: 2018. 05. 15.)
- <sup>16</sup> Kereki J., Szvatkó A. (2015): A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 2015. [https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/korai\\_fejlesztes\\_nyomda.pdf](https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/korai_fejlesztes_nyomda.pdf) (Elérve: 2018. 05. 15.)
- <sup>17</sup> Kereki J.: Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 2017.
- <sup>18</sup> Rósa Á., Molnárné Tóth M., Huszár A. et al.: Ellátási szükségletek a preconcepcionális életkortól az iskoláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás az egészségügyi alapellátásban. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2013.
- <sup>19</sup> Kereki J. (szerk.): Kliensút Kalauz. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 2015.
- <sup>20</sup> Kereki J. : Utak és lehetőségek. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 2015. [https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/Kora\\_gyermekkori\\_intervencio\\_Kereki\\_Judit\\_vedett.pdf](https://iskolataska.educatio.hu/media/szakszolgalatok/Kora_gyermekkori_intervencio_Kereki_Judit_vedett.pdf) (Elérve: 2018. 05. 10.)
- <sup>21</sup> Kereki J.: Utak: A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 2017.
- <sup>22</sup> Altorjai P., Fogarasi A., Kereki J. (szerk.): Gyermek-alapellátási Útmutató a 0-7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2014.
- <sup>23</sup> 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 4.§ és 1.sz. Melléklet. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700051.NM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM) (Elérve: 2018. 04. 06)
- <sup>24</sup> 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300084.tv> (Elérve: 2018. 05. 11.)
- <sup>25</sup> 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § -13.§ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm> (Elérve: 2018. 05. 11.)
- <sup>26</sup> 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.TV> (Elérve: 2018. 05. 11.)
- <sup>27</sup> Danis I., Farkas M., Oates, J.: Fejlődés a koragyermekkorban: hogyan is gondolkod(j)unk róla? In: Danis I., Farkas M., Herczog M. et al.(szerk.): Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkori fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 24–66., 2011.
- <sup>28</sup> Kereki J.: A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. In: Gyógypedagógiai Szemle, 1. sz., pp. 32–45., 2010.

<sup>29</sup> Bársonyné Kis K., Bajusz J., Eszik O. et al.: Start...: Új védőnői módszerek a koragyermekkori fejlődési eltérések felismerésében és gondozásában: Hallgatói kézikönyv. TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0–7 év) program. Budapest: Állami Egészségügyi Ellátó Központ, 2015.

<sup>30</sup> Coulthard, N.: Service Trends and Practitioner Competencies in Early Childhood Intervention: A review of the literature. Victorian Chapter of Early Childhood Intervention Australia (ECIA), 2009. <http://www.eciavic.org.au/documents/item/26> (Elérve: 2018. 05. 15.)

<sup>31</sup> Powell, D., & Dunlap, G.: Family focused interventions for promoting social emotional development in infants and toddlers with or at risk for disabilities: Roadmap to effective intervention practices. Tampa, FL: University of South Florida, 2010.

<sup>32</sup> Turnbull, A. P., Turbiville, V. és Turnbull, H. R.: Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff és S. J. Meisels (eds.): Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge University Press, Cambridge, Massachusetts, 630-650., 2000.

<sup>33</sup> Moore, T. G.: Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. Pauline McGregor Memorial Address presented at the 10th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, and the 1st Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference, Perth, Western Australia, 9th August, 2012. [http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA\\_National\\_Conference\\_2012.pdf](http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_National_Conference_2012.pdf) (Elérve: 2018. 05. 20.)

<sup>34</sup> KPMG: Early childhood intervention – an overview of best practice. KPMG International Cooperative., 2014. [http://www.communityservices.act.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/635695/Early-Intervention-Best-Practice.pdf](http://www.communityservices.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/635695/Early-Intervention-Best-Practice.pdf) (Elérve: 2018. 05. 05.)

<sup>35</sup> Center on the Developing Child): Early Childhood Mental Health. Center on the Developing Child, Harvard University, 2015. <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf> (Elérve: 2018. 05. 11.)

<sup>36</sup> Carpenter, B.: Sustaining the family: Meeting the needs of families of children with disabilities. British Journal of Special Education, 27, No. 3 (September 2000) 135–144., 2000.

<sup>37</sup> Rapport, M. J., McWilliam, R. A. és Smith, B. J.: Practices Across Disciplines in Early Intervention. The Research Base. Infants and Young Children, 17, 1, 32–44., 2004.

<sup>38</sup> National Disability Insurance Scheme: Teamwork in Early Childhood Intervention Services: Recommended Practices. National Disability Insurance Scheme, 2013. <http://www.ndis.gov.au/providers/quality-and-best-practice-framework> (Elérve: 2018. 05. 11.)

<sup>39</sup> Kereki J., Lannert J. (írta és szerk.): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT - FSZK. Budapest, 2009. [http://fszk.hu/wp-content/uploads/2016/05/Korai\\_intervencios\\_intezmenyrendszer\\_hazai\\_mukodes\\_kutatasi\\_zarojelentes.pdf](http://fszk.hu/wp-content/uploads/2016/05/Korai_intervencios_intezmenyrendszer_hazai_mukodes_kutatasi_zarojelentes.pdf) (Elérve: 2018. 05. 11)

# Családok szülésre és szülőiségre való felkészítése – változások az előző generációhoz képest

Preparing families for birth and parenthood – changes compared to the previous generation

Szerzők: Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna<sup>a</sup>✉, Péter Melinda<sup>a</sup>, Lipienné Dr. Krémer Ibolya<sup>b</sup>

*a: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Klinikai Tanszék, Budapest,*

*b: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest*

Beküldve: 2018. 06. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i5.329

**Bevezetés:** A szülés, szülővé válás az egyének és családok kiemelkedően fontos, örök és folyamatosan változó életeseeménye, amely generációról generációra új kihívások elé állítja a családokkal foglalkozó szakembereket.

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja az előző generációhoz képest történő változások, a modern szemléletű szülésre és szülőiségre felkészítés bemutatása szakirodalmi kutatómunka és saját szakmai tapasztalatok alapján. Célunk vizsgálni a változásokat (1) a családtípusok átalakulása, a család működéséről alkotott felfogások és szülői feladatok, (2) a szüléssel és szüléstámogatással kapcsolatos modern szemléletmód, (3) a szakmai támogatás rendszere vonatkozásában.

**Eredmények:** (1) A családtípusok átalakultak (házasságba, élettársi kapcsolatba, egyszülős- és mozaikcsaládba egyaránt születő gyermekek). Kialakult a családok működésmódjával (rendszer-szemlélet), és a szülői feladatokkal (családi életciklus mentén történő gondolkodás a szülői feladatokról) kapcsolatosan egy új szemléletmód. (2) A szülési félelmet és fájdalmat enyhítő, szüléstámogató, nő- és családcentrikus szülészeti szemlélet (a szülés egy természetes folyamat, a külső fizikai környezet és szüléskísérői támogatás szerepe fontossá vált) és gyakorlat alakult ki. (3) A szakmai munkára vonatkozó új jogszabályok születtek. A szakmai támogatás rendszere (gondozás, csoportos felkészítés, önálló tanulás erősítése) mennyiségi (új szakmák megjelenése) és minőségi változáson ment keresztül.

**Következtetések:** Mindhárom vizsgált területen jelentős változások történtek az előző generációhoz képest. Az eredményes felkészítés érdekében javasoljuk a szakmai munka általunk is vizsgált hármas szempontrendszerét – (1) család és szülőiség, (2) szülés és szüléstámogatás, (3) szakmai támogatás rendszere – szerinti folyamatos felülvizsgálatot.

**Kulcsszavak:** szülés; szülőiség; család; szülésre felkészítés; szakmai támogatás

**Introduction:** Childbirth and becoming a parent is of crucial importance to families and individuals. This eternal and ever-changing life event challenges the family-specialized professionals across generations.

**Aims:** The goal of this study was to examine changes compared to the previous generation focusing on the approach to preparation for birth and parenthood, based on literature research and own professional experience. Furthermore, we examined changes (1) in the transformation of family types, the perceptions of family functioning and parental responsibilities, (2) the modern approach to childbirth and maternity support, (3) and the system of professional support.

**Results:** (1) Family models have transformed so that either married couples, life partners, single-parents or blended families bring up children. A novel approach has been developed in the way how families work (i.e. system approach) and parental responsibilities (i.e. thinking about family life cycle as regards parental responsibilities). (2) Supporting practices have emerged



to reduce fear of childbirth and pain. Nowadays, childbirth is considered as a natural process, and the external physical environment as well as the childbearing support role has become important. Family-oriented obstetric attitudes and practices have improved. (3) New legislation on professional work has been created. The system of professional support (e.g. care, group preparation, and self-improvement) has undergone quantitative (i.e. new professions) and qualitative changes.

**Conclusions:** Significant changes have happened in all three examined areas compared to the previous generation. Recent changes suggest that performing a continuous review of all three examined aspects can contribute to a successful preparation.

**Keywords:** childbirth; parenting, family; childbirth education; professional support

## BEVEZETÉS

A szülés, szülővé válás az egyének és családok kiemelkedően fontos, örök és folyamatosan változó életeseménye, amely generációról generációra új kihívások elé állítja a szakembereket. A téma az egyének, a családok és a társadalom szempontjából rendkívül jelentős. Úgy gondoljuk, hogy a múlt és jelen kutatása, a tapasztalatok átgondolása a jövőre vonatkozóan hasznosak lehetnek a családok egészségfejlesztésével foglalkozó szakemberek számára.

Tanulmányunk célja az előző generációhoz képest történő változások, a modern szemléletű szülésre és szülőiségre felkészítés bemutatása szakirodalmi kutatómunka és saját szakmai tapasztalatok alapján. Célunk vizsgálni a változásokat (1) a család-típusok átalakulása, a család működéséről alkotott felfogások és szülői feladatok, (2) a szüléssel és szüléstámogatással kapcsolatos modern szemléletmód, (3) a szakmai támogatás rendszere vonatkozásában.

## CSALÁDTÍPUSOK ÁTALAKULÁSA, A CSALÁD MŰKÖDÉSÉRŐL ALKOTOTT FELFOGÁSOK VÁLTOZÁSA, SZÜLŐI FELADATOK

Napjainkra – az előző generáció gyermeket vállaló párijaihoz képest – jelentősen megváltoztak a családi együttélési formák, jellemzően nukleáris, kétgenerációs családban élnek a családok, kevés a háromgenerációs család. Kevesebb újszülött érkezik házasságba, és egyre magasabb számban élettársi kapcsolatba, egyszülős- vagy mozaikcsaládba is születnek a gyermekek. Az első gyermek vállalásának átlagos ideje a 28-30 éves életkorra tolódik, az

anyák és az apák is idősebbek a gyermekek születésekor. A családról már rendszerszemlélettel gondolkodunk. Az első, és minden egyes gyermek megszületésekor a családi rendszer mennyiségileg és minőségileg is átalakul. Az első gyermek fogantatása, megszületése jelenti talán a legnagyobb változást a családban, mert a pár ekkor indul el a szülővé válás útján. A gyermekvárás-születés idejét az első családi életszakasznak tartjuk, fészekrakásnak, gyermeket váró- és újszülöttet nevelő család életciklusnak nevezzük, és normatív krízisként definiáljuk. Ebbe az életciklusba lépve indul el az új család élete. Tudjuk, hogy számos új feladattal kell ilyenkor megbirkóznia a családnak, a férfinak és nőnek már nemcsak párként, hanem szülőként is működnie kell, ami nem minden családnak sikerül.<sup>1,2,3,4,5</sup> A családalapítás nehézségeinek okai hat csoportba sorolhatóak: család strukturális felépítésének és a helyzeteknek-szerepeknek-kapcsolatoknak a változása; a családi fejlődés természetes és váratlan eseményei; új, megoldásra váró feladatok; gyermekneveléssel kapcsolatos felfogások és alkalmazott pedagógiai módszerek; generációk közötti kapcsolat és konfliktushelyzetek.<sup>6</sup> Az első gyermeket váró családok körében végzett kutatás szerint az új családra vonatkozó együttélési keretek tisztázottsága leginkább a mindennapi életben nem olyan nagy jelentőséggel bíró ünnepekre, a pár-, és saját szülőkkel való kapcsolatra, az értékrendre, valamint az egymással szembeni elvárásokra igaz. A napi élet szempontjából lényeges tényezők, mint például a mindennapi együttélés szabályai, az egyezségek, a feladatok megosztása, a célok, szokások tisztázottságára vonatkozóan valamivel nagyobb bizonytalanság tapasztalható. A szülőiségre vonatkozó legfontosabb keretek közül leginkább az értékeket, ünnepeket,

célokat, a saját szülővel való együttműködést, és a szülői elvárásokat gondolják tisztázottnak a szülők. A mindennapi élet szempontjából fontosabb szabályok, szokások, gyermeknevelési elvek, egyezségek, valamint a pár szüleivel való együttműködés tisztázottsága kevésbé jellemző. Mindezek a sikeres családdá szerveződést nehezítő tényezők.<sup>4</sup> Az 1997-ben megjelent gyermekvédelmi törvényünkben definiálásra kerültek a gyermekek jogai és kötelezettségei, a szülői jogok és kötelezettségek.<sup>7</sup> Eszerint minden gyermeknek joga van a testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez, jólétét biztosító saját családi környezetében történő nevelkedéshez, a fejlődésére ártalmas környezeti és társadalmi hatásoktól, egészségére káros szerektől való védelemhez. Joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással – fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal –, az elhanyagolással szembeni védelemhez is. A szülők kötelezettsége, feladata a fentiek biztosítása, ugyanakkor joguk is van ahhoz, hogy gyermekük gondozásához-neveléséhez szükséges segítséget kapjanak a szakemberektől.<sup>7</sup>

Szakmai tapasztalataink alapján nem minden szülő van tisztában a már több mint 20 éve megjelent gyermekvédelmi törvényben foglalt szülői kötelezettségekkel és jogokkal.

## A SZÜLÉssel ÉS SZÜLÉSTÁMOGATÁSSAL KAPCSOLATOS SZEMLÉLETMÓD VÁLTOZÁSA

A szülés eredetileg természetes folyamat volt, természetes közegben zajlott, később a szülések átkerültek a kórházakba. Napjainkban a szülések zöme még mindig kórházakban zajlik.

A modern szüléssel, szülés-, és szülőtámogatással kapcsolatosan a 90-es évek közepén fogalmazódtak meg – a napjainkig is érvényes – a pozitív változás szempontjából jelentős ajánlások, mint például az, hogy a szülés egy természetes folyamat, a vajúadás és szülés során a lehető legkevesebb külső beavatkozást tegyék a szakemberek. Biztosítani kell a szülő nő számára a vajúadás és szülés alatt a meghitt környezetet, részére megfelelő érzelmi és társas támogatást kell nyújtani.<sup>8,9</sup> Hazánkban az 1990-es évek közepén jelentek meg először olyan könyvek<sup>10,11</sup>, amelyek a kórházi körülmények között történő szüléseknél is a szülés-születés természetességére, a külső, szülészeti beavatkozások

lehetséges elkerülésére, a háborítatlan, gyöngéd születésre, az újszülött érző, érzékeny személyiségére, és a fizikai és társas környezet fontosságára hívták fel a szakembereket, és a szülők figyelmét. A szerzők tudatosítják, hogy a fájdalom a szülési folyamat természetes része, ennek elfogadása, követése, a szülés alatti anyai természetes viselkedés alapvetően fontos a szülési fájdalommal történő megküzdés során. Felhívják a figyelmet arra, hogy a környezeti miliónek, többek között a hangoknak (csend, suttogás, halk zene), a fénynek (vakító fények mellőzése, természetesen beszűrődő fény, besötétített szoba), a testi kontaktusnak (lágú érintés, simogatás, bőr-bőr kontaktus), a társ (elsősorban az édesapa) jelenlétének, az intim pillanatoknak, a szakemberek segítő jelenlétének, elérhetőségének, a szüléstől való félelem és a szülési fájdalom csökkentésében, a pozitív szülési élmények, és a kedvező anya-újszülött kapcsolat kialakulásában, valamint a családdá szerveződésben óriási szerepe van.<sup>10,11</sup>

A '90-es évek első éveitől a „Család-barát szüléset” program a vajúadás eltérő formáit, a szülés alternatív lehetőségeit, a vízszintes (horizontális/hagyományos/fekvő) szülési helyzet mellett a különféle függőleges (vertikális, guggoló, ülő, félig ülő stb.) szülési lehetőségeket, szülést megkönnyítő eszközöket (zuhany, kád, óriáslabda), az apával történő együttműködést ajánlotta a szülő nőknek. Hazánkban a családbarát-szüléset szemlélettel kapcsolatosan először napvilágot látott könyv a szülés helyének a kórházat ajánlja, amely az otthonias körülményekhez hasonló környezetet biztosít, a szülő nő kontrollált szakmai körülmények közötti, sikeres szülését biztosítja, és szükség esetén a szülő nő, a magzat, és az újszülött egészsége és biztonsága érdekében gyors szakorvosi beavatkozást tesz lehetővé.<sup>12</sup> A családbarát szüléset jellemzi az otthonosan kialakított, kényelmes, nyugalmat árasztó szülőszoba, a szülőkádban, vízben történő vajúadás – melynek fájdalomcsökkentő hatása van –, a szabad hely-, és helyzetváltoztatás, a privát szféra nyugalmanak biztosítása, a zavaró fizikai tényezők kiiktatása, egy társ – elsősorban az apa – jelenléte, és az újszülött-édesanya együttléte.<sup>12</sup> Az 1950-es évektől a kórházak újszülött osztályai még úgynevezett „central-system” rendszerben működtek (az újszülöttet a nap nagy részében elválasztották az édesanyjától, csak a szoptatás ideje alatt találkozhattak, az újszülöttet a csecsemős

nővérek gondozták, az édesanya dolga csak a szoptatás volt). 1985-től a WHO (Egészségügyi Világszervezet) ajánlásának megfelelően fokozatosan bevezetésre került és a mai napig működik az úgynevezett „rooming-in” rendszer (az újszülött és az édesanya együttes elhelyezése).<sup>4,5,12,13</sup>

A nő-, és családközpontú ellátás folyamatosan elterjedt az országban, általános szemléletté és gyakorlattá vált. Napjainkban, a korábban szülészeti fájdalomcsillapítási forradalomnak számító epidurális analgéziról (EDA) egyre több szerző is ellentmondásosan vélekedik. Meglátásuk szerint ez ugyan hatékonyan csökkenti a fájdalmat, de például akadályozza a szülő nőket a mozgásban és a testükben zajló folyamatok érzékelésében.<sup>14,15</sup>

Úgy gondoljuk, hogy a hazánkban 1992-ben megjelent „Otthonszülés. Az intézeten kívüli szülés gyakorlati kézikönyve” című mű megjelenése, ennek tartalma erősen megosztotta akkoriban a hazai szakembereket és a szülőtársadalmat is.<sup>16</sup> A könyv megjelenését követően majd két évtizeddel, 2011-ben jelent meg az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló rendelet, amely hivatalosan, jogilag is le szabályozott keretek között teszi lehetővé a magyar nők számára az otthonszülést.<sup>17</sup> E rendelet megalkotásával a minisztérium és a szülészeti szakma is arra törekedett, hogy a kórházon kívüli szüléseket minél biztonságosabbá, rendezettebbé és központilag szabályozottá tegyék.<sup>18</sup>

Mind az otthon, mind a kórházakban történő szüléseknél fontos alapelvek, nemzetközi ajánlások is megfogalmazzák, hogy a nőket nem szabad egyedül hagyni vajúadásuk és szülésük alatt. Minden nőnek szüksége lenne egy segítőre, aki szülése folyamán végig vele van.<sup>8,19</sup> Magyarországon az 1997-ben megjelent Egészségügyi törvény tette hivatalosan lehetővé, hogy a szülő nő mellett ott lehessen egy közeli hozzátartozója.<sup>20</sup>

A szülést kísérő partner (rokon, barát, dúla) nem professzionális támogatást nyújt, szerepe inkább abban van, hogy jelen van a szülésnél, elérhető a szülő nő számára.<sup>21</sup> Az apa szülés alatti jelenlétének (együttműködés/apás szülés) bizonyítottan számos pozitív hatása van.<sup>12,22</sup>

Véleményünk szerint a szülő-, és családbarát/ családközpontú szülési nézetek napjainkra a szakemberek által már általánosan elfogadottak, elterjedtek, az ellátás során a szülészeti intézmények jellemzően törekednek ezek megvalósítására,

mennyiségi és minőségi változtatásokkal még fokozható lenne a szülők elégedettsége. Az utóbbi években egyre nagyobb figyelem fordítódik az apával kísért szülés mellett az egyéb szüléskísérőkre, elsősorban a dúlákra.

## AZ SZAKMAI TÁMOGATÁS RENDSZERÉNEK VÁLTOZÁSA A SZÜLÉSRE ÉS SZÜLŐSÉGRE FELKÉSZÍTÉS SORÁN

A szakmai ellátó rendszer feladata és felelőssége a szülő nők, és a családok minél magasabb szintű felkészítése a szülésre és a szülőiségre.

A családcentrikus szemléletmód szerint a szülésfelkészítés célja – a teljesség igénye nélkül – a szüléssel, születéssel kapcsolatos ismeretek megtanítása, annak a szemléletnek az átadása, hogy a nő a szülésének ne csak passzív elszenvetője, hanem aktív résztvevője legyen, az alternatív szülési lehetőségekről történő tájékoztatás, az együttszülés, a szülőszoba megismerése, felkészülés az újszülött ellátására.<sup>12</sup> Jelenleg több kutatás zajlik a minél sikeresebb betegegyüttműködés elérése céljából. Egyes szakemberek úgy gondolják, hogy a szülés vonatkozásában talán a császármetszés lehetőségére való felkészítés az egyik legfontosabb feladat. A műtét bemutatása videó felvételenként tűnik a legeredményesebb megoldásnak, amely nagy részben hozzájárul a betegek félelmének csökkentéséhez a pontos ismeretanyag átadásával. A várandósgondozás épp úgy, mint a betegoktatás, az egyik legfontosabb prevencióeszköz. Amennyiben tartalmazza a szükséges információkat, úgy nagymértékben növeli a várandós bizalmát és együttműködési készségét az egészségügyi személyzettel.<sup>23,24</sup> A felkészítésnek ki kell terjednie a speciális szükségletű, mint például a látássérült várandósokra és szülőkre is.<sup>25</sup> A felkészülés egyén- és családgondozás keretében, csoportos formában vagy önképzéssel, tanúlással történhet.<sup>1</sup>

### Egyén- és családgondozás

A várandós-, és már megszült nők gondozása elsősorban egyéni gondozás formájában történik.<sup>20,26,27,28,29</sup> A várandósgondozás napjainkra olyan komplex egészségügyi szolgáltatássá vált, ami a védőnő, a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a

szülésznő, valamint a várandós együttműködésén alapul. 2014 óta a várandósgondozást a szülésznőgyógyász szakorvos által megállapított alacsony rizikójú várandósság esetén a szülésznőgyógyász szakorvos vagy szülésznő, magas rizikójú várandósság esetén kizárólag a szülésznőgyógyász szakorvos végzi a védőnő és a háziorvos együttműködésével.<sup>27</sup> A gondozó teambe tartoznak még szükség szerint szakorvosok, gyógytornászok, dietetikusok, ápolók, pszichológusok, szociális munkások, családterapeuták.<sup>4,5</sup>

A szülést követően az édesanyát és a csecsemőt a területi védőnő gondozza tovább, a modern szemléletű gondozásban hangsúlyos a családcentrikus szemlélet.<sup>4,5,27</sup> 1993-tól a szociális és 1997-től gyermekvédelmi szféra primer prevenció programokkal is segítheti a gyermeket váró- és nevelő szülőket, családokat.<sup>4,5,7,30</sup> Gyermek- és várandós veszélyeztetettség esetén a gyermekvédelem kötelező jelleggel kell, hogy bekapcsolódjon a gondozó munkába.<sup>4,5,7</sup> A Gyermekvédelmi törvénybe új elemként beemelésre került a várandós anya válsághelyzete definíció, valamint a szociokulturális és egyéb hátrányokkal küzdő, újszülöttet, csecsemőt, és kisgyermeket nevelő szülők számára a fejlődési lemaradást kompenzáló, a szülői kompetenciákat erősítő, az egészséges fejlődést és társadalmi felzárkózást segítő „Biztos kezdet gyerekház” szolgáltatás.<sup>7</sup> A modern szemléletű felkészítés és gondozás során hangsúlyos a családcentrikus szemlélet és a különböző szakmai területek (egészségügy, gyermekvédelem, szociális terület) együttműködése.<sup>31</sup>

Szakmai tapasztalatunk szerint az előző generációhoz képest megnövekedett a szülő nőkkel, családokkal foglalkozó, speciális szaktudással rendelkező szakemberek száma, ami pozitív, ugyanakkor az együttműködés gyakorlásában még erősítésre van szükség.

### Csoportos felkészítés

A '70-es évek végén, a '80-as évek elején Magyarországon jelentős lendületet kaptak a különféle szülésre és szülésre felkészítő, ingyenesen igénybe vehető, csoportos foglalkozások. Hazánk vonatkozásában 1986-tól beszélhetünk szervezett szülésre felkészítő mozgalomról.<sup>4</sup> A programok minden várandós részére elérhetőek, általában a kórházak szülészeti

osztálya által szervezettek, a szülésre-szülésre feksülés alapelemeivel foglalkoznak, gyakran várandóstornával egybekötötték, és az édesapák számára is nyitottak. Több kórházban az együttülés előfeltétele az édesapa felkészítésen történő részvétele.<sup>4,5</sup> Magyarországon sajnos az apák szerepe nem túl jelentős a szülésre felkészítések során, pedig a jelen társadalmi helyzet ezt igen megkövetelné. A 21. század elején szembesültek a férfiak először az egymásnak ellentmondó elvárásokkal, miszerint a férfi fő feladata az anyagi biztonság megteremtése, mindemellett a nőknek nagy az igénye a családcentrikus hozzáállásra.<sup>32</sup>

A szülésre felkészítő projektek Európában több évtizedes múltra tekintenek vissza, mégsem készült még olyan kutatás, ami ezeket összehasonlította volna. Egy jelenleg folyó kutatásunk, ami egyelőre Svédország, Németország, Franciaország, és Magyarország szülésre felkészítő programjait vizsgálja, megállapítja, hogy Franciaországban szülészorvos és szülésznő tartja a programokat, a többi országban más szakemberek is. A tanfolyamok tartalmukban, módszereikben eltérőek, a partner-támogatás, a természetes eszközök hangsúlyosabbak, mint hazánkban. A hazai programok számos elemmel bővíthetőek lennének. Tematikájában a svédországi, a szakemberek-részvevők közötti személyes kapcsolat tekintetében a németországi modell a legsikeresebb. Franciaországban például a várandósok egészséges életmód- és mozgás oktatása. A nagyszülőkre, a többgyermekes családokra fókuszáló, a párkapcsolatot, az anya-baba kommunikációt fejlesztő programok hasznosak lennének hazánkban is.<sup>33</sup>

### Önálló tanulás

Mindenkinek lehetősége van az önálló tanulással történő felkészülésre is. A szülők szüléssel kapcsolatos ismereteinek bővítését célozta meg a '70-es évek elején megjelenő, „Szülőszoba, tessék belépni!” című könyv.<sup>34</sup> Az előző generáció szülői számára szintén mérföldkövet jelentett az a '80-as évek elején megjelent mű, ami először mutatta be valóságos fényképekkel a méhen belül fejlődő magzatot, a méhen belüli fejlődés állomásait, és először adott reális képet a születés előtti életről, valamint hasznos tanácsokkal látta el a szülőket.<sup>35</sup> Ugyancsak a szülők ismeretbővítését célozta meg az

akkoriban napvilágot látott, az élet első tizenkét hónapját bemutató könyv.<sup>36</sup>

Napjainkban számos lehetősége van a szülőknek az önálló tanulásra. A szülők, és az őket felkészítő szakemberek rendelkezésére áll egy speciális, a programozott oktatás elveire épülő, tudományos kutatással igazoltan hatékony modell program, az Aktív szülőségre felkészítő-modell (ASZF).<sup>4</sup> A program alapját képező könyv azt a célt szolgálja, hogy a szülők a családalapításra és gyermekvállalásra tudatosan, aktívan, lehetőleg párban készüljenek, a témában általános alpműveltséget szerezzenek, és a nagyszülőktől, szülőktől tapasztaltakon túl a megszerzett ismereteiket a saját helyzetükre adaptálva alkalmazzák.<sup>4,5,37,38,39,40,41,42</sup>

Könyvből, folyóiratokból, médiából, és napjainkban már a modern világ nyújtotta internetes forrásokból is tájékozódhatnak a szülők. Az internetes források ugyan új tanulási lehetőséget kínálnak a mostani generációnak, a nem megfelelő, szakmaiatlan forrásokból történő tanulás azonban veszélyes lehet, a szakemberek kontrollfunkciója fontos lenne.

A gondozás, a csoportos felkészítés során az önálló tanulásban mind a szülőknek, mind a szakembereknek nagy a felelőssége. Az alternatív lehetőségek közötti választás tudatos, az egyén- és család szükségleteinek megfelelő kell, hogy legyen.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunk célja az előző generációhoz képest történő változások, a modern szemléletű szülésre és szülőségre felkészítés bemutatása szakirodalmi kutatómunka és saját szakmai tapasztalatok alapján. Vizsgáltuk a változásokat (1) a családtípusok átalakulása, a család működéséről alkotott felfogások és szülői feladatok, (2) a szüléssel és szüléstámogatással kapcsolatos modern szemlélet-

mód, (3) a szakmai támogatás rendszere vonatkozásában. Mindhárom vizsgált területen jelentős változások történtek az előző generációhoz képest. (1) A családtípusok „színesedtek”: házasságba, élettársi kapcsolatba, egyszülős-, mozaikcsaládba születnek a mai gyermekek. Kialakult a családok működésmódjával (rendszer szemlélet), és a szülői feladatokkal (családi életciklus mentén történő gondolkodása szülői feladatokról) kapcsolatosan egy új szemléletmód. (2) A szülési félelmet és fájdalmat enyhítő, szüléstámogató, nő- és családcentrikus szülészeti szemlélet (a szülés egy természetes folyamat, a külső fizikai környezet és szüléskísérői támogatás szerepe fontossá vált) és gyakorlat alakult ki. (3) A szakmai munkára vonatkozó új jogszabályok születtek. A szakma támogatási rendszere (gondozás, csoportos felkészítés, önálló tanulás erősítése) mennyiségi (új szakmák megjelenése) és minőségi változáson ment keresztül.

Nagyobb figyelmet kell fordítani arra, hogy a szülők a kezdetektől tisztában legyenek a szülői kötelezettségeikkel és jogaikkal. A szülő- és családcentrikus szülési nézetek napjainkra már általánosan elfogadottak, elterjedtek, de mennyiségi és minőségi változtatásokkal még fokozható lenne a szülők elégedettsége. Az előző generációhoz képest megnövekedett a szülő nőikkel, családokkal foglalkozó, speciális szaktudással rendelkező szakemberek száma, ami pozitív, ugyanakkor az együttműködés gyakorlásában még erősítésre van szükség. A gondozás, a csoportos felkészítés során, az önálló tanulásban mind a szülőknek, mind a szakembereknek nagy a felelőssége. Az alternatív lehetőségek közötti választás tudatos, az egyén- és család szükségleteinek megfelelő kell, hogy legyen. Az eredményes felkészítés érdekében javasoljuk a szakmai munka általunk is vizsgált hármas szempontrendszer, – (1) család és szülőség, (2) szülés és szüléstámogatás, (3) szakmai támogatás rendszere – szerinti folyamatos felülvizsgálatát.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Sedgewick R. The family as a system: a network of relationship. In Psychiatric/Mental Health Nursing: Contemporary readings. D. Van Nostrand Co, Inc, 1978.
- <sup>2</sup> Haley J. Uncommon Therapy. N.Y. Co London, Norton, 1973.
- <sup>3</sup> Aguilera D, Messick J. Crisis Intervention. Theory and Methodology. St. Louis, MO Mosby, 1998.
- <sup>4</sup> Soósné Kiss Zs. Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása. Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest, 2007.
- <sup>5</sup> Soósné Kiss Zs. A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve. General Press, Budapest, 2014.
- <sup>6</sup> Soósné Kiss Zs. A családalapítás útvesztői – az elakadások megelőzése. Egészségfejlesztés. 2014;55(5-6):26-32.
- <sup>7</sup> 1997. évi XXXI. törvény a Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700031.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV) (Elérve: 2018. 06. 06.)
- <sup>8</sup> World Health Organisation. Care in normalbirth: a practicalguide. WHO, Geneva, 1996.
- <sup>9</sup> International Mother Baby Childbirth Organisation (IMBCO) A Nemzetközi Anya- és Bababarát Szülészeti Ellátásért Szervezet kezdeményezése. 10 lépés, mely az optimális anya- és bababarát szülészeti ellátáshoz vezet. [http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci\\_hungarian.pdf](http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_hungarian.pdf) (Elérve: 2018. 06.05.)
- <sup>10</sup> Leboyer L. A gyöngéd születés. T-Twins, Budapest, 1994.
- <sup>11</sup> Armston P, Feldman S. A szülés művészete. Szülés bölcsen, a természet rendje szerint, a tudomány támogatásával. Alternatal, Budapest, 1995.
- <sup>12</sup> Hagymásy L. Családközpontú szülészet. Signatura, Nyíregyháza, 1994.
- <sup>13</sup> WHO/UNICEF közös állásfoglalása, A szoptatás népszerűsítése, támogatása és elősegítése: az anya- és gyermekegészségügyi intézmények különleges szerepe. OCSGYI, NEVI, Budapest, [http://szoptatasert.hu/sites/default/files/WHO\\_UNICEF\\_ALLASFOGLALAS.pdf](http://szoptatasert.hu/sites/default/files/WHO_UNICEF_ALLASFOGLALAS.pdf) (Elérve: 2018. 06.05.)
- <sup>14</sup> Hidaka R, Callister LC. Giving Birth With Epidural Analgesia: The Experience of First-Time. Mothers. J Perinat Educ. 2012;21:24-35.
- <sup>15</sup> Jepsen I, Dauer Keller K. The experience of giving birth with epidural analgesia. Women Birth. 2014;27: 98-103. doi: 10.1016/j.wombi.2014.01.005
- <sup>16</sup> Sagov ES, Feinbloom IR, Spindel Peggy et al. Otthonszülés. Az intézeten kívüli szülés gyakorlati kézikönyve. Murus, Budapest, 1992.
- <sup>17</sup> 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=138088.323916](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=138088.323916) (Elérve: 2018. 06. 06.)
- <sup>18</sup> Vincze F, Lipienné Krémer I. Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. Orv Hetil. 2016;157(11):415–23.
- <sup>19</sup> National Institute for Care and Health Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guideline, 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> (Elérve: 2018.05.05.)
- <sup>20</sup> 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (Elérve: 2018.06.05.)
- <sup>21</sup> Hodnett ED. Nursing support of the laboring woman. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996;25(3):257-64.
- <sup>22</sup> Soltész A, Rigó A, Pápay N. Az együttszülés jelentősége. In: Pápay N, Rigó A (editor). Reproaktív egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015. pp353-70.
- <sup>23</sup> Sobel G, Langmár Z, Tömösváry Z, et al. Hogyan javítható a páciensek tájékozottsága a végzett műtétek kapcsán? – Megfontolások a mindennapi gyakorlat számára. Orv Hetil. 2010;151(20):822-7. doi: 10.1556/OH.2010.28843 <https://doi.org/10.1556/OH.2010.28843> (Elérve: 2018. 06. 08.)
- <sup>24</sup> Tóth T, Dinya E. A személyre szabott betegoktatás lehetőségei. Orv Hetil. 2013;154(11):403-8. doi: 10.1556/OH.2013.29564, <https://doi.org/10.1556/OH.2013.29564> (Elérve: 2018. 06. 07.)
- <sup>25</sup> Tolnayné Csattos Márta: A csecsemőgondozás speciális technikái. Tájékoztató kiadvány látássérült szülők, nagyszülők, rokonok, ismerősök, barátok és őket segítő szakemberek számára. Vakok Állami Intézete, Budapest, 2011.
- <sup>26</sup> 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=84519.289052](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=84519.289052) (Elérve: 2018. 06. 06.)
- <sup>27</sup> 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=168562.318326](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=168562.318326) (Elérve: 2018. 06. 06.)
- <sup>28</sup> 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=176686.323167](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.323167) (Elérve: 2018. 06. 06.)

- <sup>29</sup> NEFMI szakmai protokoll a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülött ellátásban  
[https://kollegium.aEEK.hu/conf/upload/oldiranyelvek/GYERM-ALAP\\_korhazi%20vedonoi%20feladatokrol%20a%20szuleszeti%20es%20ujszulott%20ellatasban\\_mod0\\_v0.pdf](https://kollegium.aEEK.hu/conf/upload/oldiranyelvek/GYERM-ALAP_korhazi%20vedonoi%20feladatokrol%20a%20szuleszeti%20es%20ujszulott%20ellatasban_mod0_v0.pdf) (Elérve: 2018. 06. 06.)
- <sup>30</sup> 1993. évi III. Törvény a szociális igazgatásról és ellátásról  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV> (Elérve: 2018.06.07.)
- <sup>31</sup> Soósné Kiss Zs. Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. *Nővér.* 2002;15(5):7-10.
- <sup>32</sup> Takács, J. Aktívan törődő apák Magyarországon. *Szociológiai Szemle.* 2017;27(3):104-26.
- <sup>33</sup> Prajda DB, Péter M, Gadó K. et al. Javaslatok a hazai szülőségre felkészítésre vonatkozóan, nemzetközi projektek alapján. *Ártó-védő Társadalom Konferencia absztrakt könyv, SE ETK, Budapest 2018.* p:27.
- <sup>34</sup> Hirschler I. *Szülészoba, tessék belépni!* Medicina, Budapest, 1974.
- <sup>35</sup> Nilsson L, Furuhiilm M, Ingelman-Sundberg A, et al. *Fényképek a születés előtti életről és hasznos tanácsok szülőknek.* Medicina, Budapest, 1981.
- <sup>36</sup> Caplan F. *Az élet első tizenkét hónapja.* Medicina, Budapest, 1986.
- <sup>37</sup> Soósné Kiss Zs. Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülőségre felkészítésben. *Egészségnevelés.* 2002;43(6):276-9.
- <sup>38</sup> Soósné Kiss Zs. Spezielle Unterstützung der Eltern, die ihre Kinder in Ungarnbekommen. *Pflegezeitschrift.* 2004;57(7):476-80.
- <sup>39</sup> Soósné Kiss Zs. Egy speciális szülőségre felkészítő modell módszertani elemeinek bemutatása. *Egészségfejlesztés.* 2006;47(3):11-4.
- <sup>40</sup> Soósné Kiss Zs. Első gyermeket váró szülők felkészültsége az „Aktív szülőségre felkészülés modellhez kapcsolódó kutatás tükrében. *Háziorvos Továbbképző Szemle.* 2007;12(3):228-32.
- <sup>41</sup> Soósné Kiss Zs. A szülőségre felkészülés egy új lehetősége, az "Aktív szülőségre felkészülés (ASZF)"-modell. *Védőnő.* 2007;17(2):3-7.
- <sup>42</sup> Soósné Kiss Zs. Ergebnisse des Programms „Vorbereitung auf aktive Elternschaft”: Werdende Eltern erfolgreich schulen. *Pflegezeitschrift.* 2009;62(5):268-9.

# Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást? A prevenció munkája jelentősége és kihívásai

## How to prevent child abuse? Importance and challenges of prevention

Szerzők: Tománé Mészáros Andrea<sup>a</sup>✉, Kovács Zsuzsanna<sup>b</sup>, Domján Gyula<sup>c</sup>, Gadó Klára<sup>c</sup>,  
Soósné Kiss Zsuzsanna<sup>c</sup>

*a: Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola; b: Házi Gyermekorvos egyéni vállalkozó, Budapest; c: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék, Budapest*

Beküldve: 2018. 06. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i5.323

**Összefoglaló:** A gyermekbántalmazást a WHO népegészségügyi problémának minősítette. A cikk a fogalmi meghatározások és a rövid történeti áttekintés mellett a hangsúlyt a prevenció lehetősége bemutatására és annak nehézségeire helyezi. Ismerteti a magyar törvényi kereteket, a hatályos módszertani irányelveket. Rávilágít a jelzőrendszeri tagok szerepére, feladataira, különösképpen a jelzési kötelezettségre, annak törvényi felelősségére.

**Kulcsszavak:** gyermekbántalmazás; abúzus; elhanyagolás; jelzőrendszer; megelőzés

**Summary:** Child abuse has been classified as a public health issue by WHO. Besides defining concepts and a brief historical overview, the article puts emphasis on the possible ways of prevention and its difficulties. It describes the Hungarian legal framework and the existing methodological guidelines. The article also highlights the role and tasks of people in the warning system, especially the obligation of warning and its statutory ability.

**Keywords:** child maltreatment; child abuse; neglecting; warning system; prevention

OGYEI: Országos Gyermek-egészségügyi Intézet

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

WHO: World Health Organization

### BEVEZETÉS

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás általános jelenség és egyre aggasztóbb probléma. A felnőtt áldozatok mindennapjait befolyásolják a gyermekkorú viselkedésminták. A gyermekkorban elszenvedett nélkülözés és/vagy rossz bánásmód egész életre kiható traumákat okoz. A társadalom elemi érdeke, hogy a megelőzést, a felismerést és a kezelést támogassa.

A megelőzés, valamint a hatékony kezelés többféle tényező együttesének függvénye. Szükség van a társadalom fokozott figyelmére, arra, hogy a szakemberek, a közvélemény, a véleményformálók, az átlagemberek tudatosítsák, kinyilvánítsák a társadalmi gondolkodás szintjén az erőszak elfogadhatatlanságát. Szükség van a segítő szakemberek megfelelő tudásszintjére és a tudás folyamatos frissítésére, bővítésére. Ehhez szükségesek a szisztematikus módszertannal kifejlesztett és konsekvensen alkalmazott szakmai irányelvek, melyek igazoltan javítják az ellátás minőségét.<sup>1</sup> Nem utolsó sorban, kellene hatékony megelőzési eszközök, továbbá a feladathoz rendelt pénzeszközök.



## HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

A WHO definíciója szerint: „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, amely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul.”<sup>2</sup> Sok tényező függvénye, hogy a bántalmazás milyen méretű károsodásokat okoz. Függ a bántalmazás súlyosságától, attól, hogy mennyire volt rendszeres, nagyon fontos, hogy milyen életkorban érte a gyermeket és kiemelkedő, hogy kapott-e a környezettől segítséget.<sup>3</sup>

## TÖRTÉNET, EPIDEMIOLOGIA

A XIX. századig a gyermekbántalmazás ismeretlen fogalom volt, mert annyira a hétköznapi élet része volt. Pukánszky Béla kiváló könyvben dolgozta fel a gyermekkor történetét.<sup>4</sup> Ezek az értekezések sokszor azonban a szakembereket is megosztják, melynek oka egyrészt abban keresendő, hogy kevés hiteles forrással rendelkezünk, másrészt változott az idők folyamán az is, hogy mit tekintünk bántalmazásnak. 1899-ben jelent meg az első, a gyermekek védelméről szóló charta Angliában, majd ezt beemelték az egyes angolszász országok jogrendjébe (pl. Dél-Ausztrália).<sup>5</sup> A Gyermekjogi Charta először adott lehetőséget a hatóságoknak, hogy törvényi úton beavatkozhatnak a szülő-gyermek kapcsolatba, ha a gyermekeket rossz bánásmód, bántalmazás éri. A törvény irányutatást adott a gyermekmunka végzésére és a koldulást is szabályozta. A Charta érdekessége, hogy ezt 1822-ben megelőzte az állatok kíntzását megtiltó törvény, a Martin's Act.<sup>6</sup>

Magyar vonatkozásban a Kiegyezés után törvények egész sora foglalkozott a gyermekek védelmével. Az 1872. évi VII. tc. az ipartörvény 43. §-a megtiltotta a tanoncok cselédként való dolgoztatását és bántalmazását, majd az új 1884. évi XVII. ipartörvény szabályozta az iskolába járást, a betegápolási jogosultságot. Az 1878. évi V. tc. az ún. „Csemegikódex” – a büntető törvénykönyv – 83. §-a kizárta a

12 éven aluli gyermekek büntethetőségét, súlyosan büntette a magzatelhajtást, az újszülött megölését és a gyermek kitételét. A Széll Kálmán (1843–1915) miniszterelnöksége alatt hozott 1901. évi VIII. és XXI. tc. megnyugtatóan rendezte a gyermekek intézményi ellátását. Nemcsak törvényi szinten történt meg a szabályozás, hanem megfelelő pénzügyi finanszírozás is társult hozzá az államilag beszedett pótdókból. Tulajdonképpen ettől az időtől számoljuk a hazai gyermekvédelem kezdetét.<sup>7</sup>

A gyermekbántalmazás tudományos vizsgálatát John Caffey amerikai radiológus kutatásai indították el. Ő 1946-ban írta le azokat a sérüléseket, amelyek nem véletlen baleset, hanem szándékoság következtében jöttek létre. Az önálló kórkép elnevezése Henry Kempe gyermekgyógyász professzor nevéhez fűződik. Ő használta először 1962-ben a „battered child syndrome” vagyis a megvert (bántalmazott) gyermek szindróma kifejezést.<sup>8</sup> A magyar szakirodalomban az első közlemény Antoni Pál nevéhez fűződik, aki 1968-ban, az Orvosi Hetilapban publikált a témáról.<sup>9</sup>

A bántalmazás megítélésében nagyon nagy a különbség a kultúrák és az országok között. Az adatok ellentmondásosak, aminek több oka is van. Egyrészt visszavezethető a bántalmazás definíciós problémájára, másrészt a kutatási módszerek eltéréseire.

A nemzetközi és a hazai kutatások is alátámasztják, hogy a gyermekeket bántalmazó személyek csaknem 80%-ban a vér szerinti szülők. Majdnem egyforma mértékben kap testi fenyegetést a gyermek az apától és az anyától. Egyes tanulmányok felvetik, hogy mivel az anya több időt tölt a gyermekkel, esetenként tőle kap több verést.<sup>10</sup>

A statisztikai adatok szerint minden negyedik lány és minden hetedik fiúgyermek esik áldozatul szexuális bántalmazásnak a 18. életéve betöltése előtt.<sup>11</sup>

Kutatók szerint a látencia becsült adata a nyugat-európai országokban 1:10, míg Magyarországon 1:25 arányú. A KSH adatai szerint a gyermekpopuláció 10%-a tekinthető veszélyeztetettnek. Az adatgyűjtés pontatlansága és a meghatározások sokfélesége miatt ezeket alábecsültnek tartják.<sup>1</sup>

## A BÁNTALMAZÓ SZÜLŐK JELLEMZŐI

Az ártalmas gyermekkor komoly, életre szóló kihatással van az egyénekre. Gyakran tapasztaljuk,

hogy a bántalmazott gyermek felnőve maga is bántalmazó szülő lesz, vagy bántalmazó kapcsolatokba kerülve ismételten áldozattá válik. Azoknál a szülőknél, akik fizikailag és/vagy érzelmileg bántalmazzák a gyerekeiket, számos jellemző viselkedéssel találkozunk.

Vannak olyan szülők, akik a saját gyermekkorukat idealizálják, olyan képet rajzolnak, amely soha nem volt. Mélyen eltemetik magukban a valóban átélteket, mert szégyellik bevallani, hogy bántották őket. Mások azonban képesek erről beszélni és megosztani a szörnyű, nyomasztó élményeiket. Gyakran találkozunk olyan szülői módszerrel, amely a gyermekkel szemben irreális, nem a korának megfelelő elvárásokat támaszt. Amennyiben a gyermek nem képes megfelelni az elvárásoknak, akkor fizikai és érzelmi terrort alkalmaznak vele szemben. A legtöbb ilyen szülő a gyermekét értéktelennek, butának, rossznak tartja. Esetenként előfordul, hogy a gyermek viselkedése vált ki agressziót a szülőből (pl. a sírás a megrázott gyermek szindróma esetén). A szülők miután saját szocializációjuk kapcsán nem élhették meg a pozitív szülői eszközöket, nincs mintájuk arra, hogyan is kellene a saját gyermekükkel jól, értően viselkedni. Sokszor ezek a szülők elszigetelődnek, így nehézséget okoz a segítségük is. Mindenképpen szót kell ejteni egy speciális, ritkán előforduló kórképről, a „Münchhausen by proxy” szindrómáról. Általában labilis lelki állapotú, gyakran pszichiátriai betegségekkel terhelt anya az elkövető, és az áldozat a saját gyermeke. Ezek a gyermekek sokat betegek, bizarr, gyakran összefüggést nem mutató tüneteket produkálnak. Megalapozott diagnózist nehéz felállítani náluk. Új betegség tünetek keletkeznek, vagy a már meglévő tünetek súlyosbodnak, amikor az anya a közelben van. Sokszor kerülnek kórházba ezek a gyermekek, szinte ki-be járnak a különböző egészségügyi ellátó rendszerekbe. A külvilág számára az anya a beteges gyermekét gondosan ápoló szülő képét festi le. A közösségi médiák megjelenése is tág teret ad az „aggódó anya” imázs fenntartására. A „gondos anya” képe alatt azonban az anya a betegségek előidézésével a környezete, olykor az egészségügyi személyzettől akar figyelmet, elismerést kicsikarni. Nehezen felismerhető és többségében rossz prognózisú kórkép, ami gyakran a gyermek halálával ér véget. Erős szakmai vita van arról, hogy pszichiátriai betegségről vagy gyermek-

bántalmazásról van-e szó. Vannak olyan vélemények is, hogy ez inkább büntetőjogi, gyámügyi kategória, mint egészségügyi. Magyarországon az agárdi és a gyöngyösi csecsemőhalálozások háttérében az ombudsmani vizsgálat megállapításai szerint ez a kórkép állt fenn.<sup>12,13</sup>

## JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET, JELZŐRENDSZER

Magyarország 1991-ben csatlakozott a gyermekek jogairól szóló ENSZ egyezményhez (1991. évi LXIV. törvény). 1997-ben megszületett a Gyermekvédelmi törvény (1997. évi XXXI. tv a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról), amelynek eredményeként gyermekjóléti szolgálatokat hoztak létre, és kialakították a gyermekvédelmi jelzőrendszert, a bántalmazott és veszélyeztetett gyermekek kiszűrésére és segítésére.<sup>14</sup> A Gyermekvédelmi törvény rögzítette azoknak a (nem gyermekvédelmi feladatot ellátó) szervezeteknek a feladatait is, amelyeknek jelzési és együttműködési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgálatok felé. A törvény 2002-es módosítása kimondja „A gyermek nem vethető alá kegyetlen, embertelen, megalázó testi fenyegetésnek, büntetésnek vagy bánásmódnak.”<sup>15</sup>

2004-ben alkották meg az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet (OGYEI) módszertani irányelvét, amelyet 12 év elteltével, 2016-ban követett egy új, korszerű a nemzetközi keretrendszerhez igazított módszertani irányelv „Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén” címmel. 2011-ben szintén az OGYEI indította el a [www.gyermekbantalmazas.hu](http://www.gyermekbantalmazas.hu) weboldalt és annak Facebook felületét. Ez az egyetlen, széles spektrumot átfogó magyar nyelvű weboldal ebben a témában. A „Szakembereknek” aloldalon a fenntartók tematikusan összegyűjtötték a jelzőrendszeri tagok részére kiadott módszertani ajánlásokat, melyek áttekintése segítséget adhat a szakmák közötti kompetenciahatárok tisztázására. 2016-ban több törvényt is módosítottak. Ezek:

- a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint
- az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény.

2016. január 1-jével lépett hatályba (a szakaszos hatálybalépés második részeként) a 2015. évi CXXXIII. törvény az egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról. A módosítás értelmében 2016. január 1-jétől a családsegítés csak gyermekjóléti szolgáltatással integráltan – egy szervezeti és szakmai egységben – működhet: települési szinten a család- és gyermekjóléti szolgálat, járási szinten a család- és gyermekjóléti központ keretében. Mindkét szolgáltatás továbbra is önkormányzati feladat marad.<sup>16</sup>

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás komplex probléma, ezért ennek kezelése, megelőzése csak komplex együttműködéssel lehetséges, melyben a jelzőrendszer tagjainak együttműködési, kölcsönös tájékoztatási kötelességük van. Ez törvényben rögzített feladat, kötelezettség, melynek elmulasztása a törvény által szankcionált. Veszélyeztetés esetén a helyzetet felismerőnek kötelessége jelzéssel élni a gyermekjóléti szolgálat felé, és szükség esetén kötelessége hatósági eljárást kezdeményezni. Mindezek elmulasztása foglalkozás körében elkövetett gondatlanságnak minősül, amely feylelmi felelősségre vonást eredményezhet.<sup>17</sup>

## A GYERMEKBÁNTALMAZÁS MEGELŐZÉSE

Az áldozathibáztatásnak jelentős kultúrája van mind hazánkban, mind külföldön. Az abúzusprevenció három lépcsőre épít, a primer, a szekunder és a terciér prevencióra. Mindhárom lépcső fontos eleme, hogy ne az áldozattá válást előzzük meg, hanem az elkövetővé válást.

A primer prevenció szerteágazó társadalmi feladat. A primer prevenció körébe tartoznak olyan területek, mint a jogi terület (hogyan, milyen módon szankcionálja az állam a bántalmazás elkövetését), a gazdasági (milyen jövedelemhez, munkához juthatnak a családok), a szociálpolitikai terület (milyen családtámogatási rendszerek vannak az adott országban). A primer prevenció elsősorban tájékoztató jellegű információk átadása. Ehhez nem is kell feltétlenül szakembernek lenni. Ideális esetben akár a szülő is elkezdheti ezt alsó korhatár nélkül. Erre kiváló példa a „fehéreneműszabály”, a jó és rossz érintés közötti különbség tudatosítása. A fehéreneműszabályt az Európa Tanács dolgozta ki szülők és gondviselők számára azért, hogy minél egyszerűbben tudjanak beszélgetni gyermekükkel a

szexuális bántalmazás megelőzéséről. A prevenció program alapja a jó otthoni kommunikáció, a nyitott, de határozott párbeszéd. Fontos a félelemmentes környezet megteremtése és a gyermek korának megfelelő nyelvezet használata. A nyílt kommunikációt a gyermekek többsége nagyon jól kezeli, ezért a bátortalanabb szülőket biztatni kell ennek alkalmazására. A program tartalmaz egy rövid animációs kisfilmet, amelyhez egy mesekönyv csatlakozik „Kiko and the Hand” címmel. A programnak öt fő üzenete van: 1. A tested csak a tiéd. 2. Jó érintés, rossz érintés. 3. Jó titok, rossz titok. 4. A felnőtt felelőssége a megelőzés és a védelem. 5. További gondolatok a fehéreneműszabályhoz. Egyszerű üzenetek, amelyeket már 2-3 éves korban is értenek a gyermekek.<sup>18</sup>

Kora gyermekkorban törekedni kell a bizalmas légkör kialakítására. Sokat segít, ha a gyermekeknek vannak szavaik, kifejezéseik az intim testrészeik megnevezésére. A primer prevenció területén hangsúlyos szerepe van a jól képzett védőnőnek. Segítheti a szülőt a korszerű ismeretek átadásában, az értő kommunikációban, az agressziómentes nevelési stratégiák kialakításában, a pozitív szülői minták erősítésében.

A szekunder prevenció a rizikócsoportokra irányuló megelőző tevékenység. Itt különösen fontos a védőnő, valamint a gyermekjóléti szolgálatok munkatársainak szerepe. A védőnő folyamatában látja a családok életét, így módja van korán észlelni a családi diszfunkciót. Feladatai közé tartozik a bántalmazás rizikófaktorainak felismerése, kiszűrése. A szekunder prevenció a gyermekbántalmazásban már érintett családokra irányul, az ő célzott megsegítésük a feladat. Kiemelten fontos a gyermek védelme a további bántalmazástól. Folyamatos támogatás mellett törekedni kell a szülői képességek fejlesztésére. Mind az egészségügyi, mind a szociális szférában dolgozó szakemberek részéről fontos, hogy jól felkészültek legyenek az ilyen családokkal való munkára, így a rendszeres képzsük elengedhetetlen.<sup>19,20</sup>

Az utóbbi időben számos olyan eset került napvilágra, melyben a gyermekek hosszú szenvedésnek voltak kitéve, és olykor a rossz bánásmód a halálukat okozta. Volt olyan eset, amiről a jelzőrendszer tagjai, közöttük a védőnők és házi gyermekorvosok késve, nem szakszerűen, vagy egyáltalán nem jeleztek. Volt olyan eset is, amelyben a jelzőrendszer tagjai tudtak az esetről, „mindenki csinált

valamit”, de nem intézkedtek hatékonyan a szakmai előírásoknak megfelelően, és ez tragikus végkifejlet-höz vezetett. Ezek az esetek életre hívták a „2016. évi CLXV. törvény egyes gyermekvédelmi és egészségügyi tárgyú törvényeknek a gyermekek biztonságának és védelmének fokozása érdekében történő módosításáról” szóló törvényt, melynek alapján a védőnői és házi gyermekorvosi ellátás nem utasítható vissza.<sup>21</sup>

A tercier prevenció magának az áldozatnak a kezelését jelenti, és arra irányul, hogy a bántalmazás megismétlődését elkerülje. A bűncselekmények áldozatainak segítéséről és az állami kárenyhítésről szóló 2005. évi CXXXV. törvény értelmében az áldozatsegítő szolgálatok a bűncselekmények és tulajdon elleni szabálysértések áldozatai számára tudnak segítséget nyújtani. A területi igazságügyi szolgálatok a járási/kerületi hivatalokban működnek. Sérelemnek tekintendő a testi vagy lelki sérülés (súlyos félelem, szorongás) és az érzelmi megrázkódtatás (trauma, pszichés zavar) és olyan vagyoni kár, amely a cselekménnyel ok-okozati összefüggésben áll.<sup>22</sup> A tercier prevenció nemcsak az áldozatra fókuszál, hanem a hozzátartozók segítésére is. Fontos a folyamatos utánkövetés. Segíteni kell a gyermek felépülését a traumából, támogatni kell a további fejlődését. Nagyon fontos, hogy a gyermeknek új esélyt kell adni. Szakszerű segítséggel átkeretezhetőek a gyermekkori rossz tapasztalatok.<sup>23</sup>

## A SEGÍTSÉGNYÚJTÁS LEHETŐSÉGEI

Ha fény derül a bántalmazás tényére, akkor az első és legfontosabb feladat a további bántalmazás megelőzése, megakadályozása. Ez elsősorban a gyermekvédelmi rendszer feladata, ami rendkívüli körülményt igényel. Fontos egyrészt a gyermek támogatása, másrészt a család segítése. Ehhez elengedhetetlen a bizalmi légkör kialakítása. Ha a bántalmazó szülő, vagy annak párja, kér segítséget, akkor nagyobb az esélye a bántalmazás abbahagyásának. Azonban a bántalmazó szülők nehezen

tudnak segítséget kérni és elfogadni. Ilyenkor a gyermek védelme érdekében szükséges a jelzőrendszer bármely tagja részéről a jelzés megtétele az intézkedésre jogosult szervezet felé. A család gondozásba vétele, az egyéni családgondozási terv kialakítása és konzekvens kísérése fontos támasz a gyermeknek. A bántalmazás abbahagyása hosszú folyamat, melynek során a szülőnek rendszeres megerősítésre, van szüksége. Támogatni kell abban, hogy egy kiélezett helyzetben van más alternatíva is a bántalmazás helyett. Csak szisztematikus munkával állítható helyre a gyermek bizalma a szülő iránt.

## ÖSSZEZÉS

A gyermekbántalmazás megelőzésében nagy szerepe van annak, ha társadalmi szinten elutasítjuk a bántalmazás minden formáját. Az ártalmas gyermekkor egész életre kiható testi, lelki, egészségi és személyiség fejlődési zavart okoz. Súlyos bántalmazás esetén kimutathatóak a transzgenerációs hatások is. A bántalmazott gyermekből bántalmazó szülők válhatnak. Ilyen módon a hibás szociális minták generációról generációra átadódnak.<sup>8</sup> A prevenció munkája ennek a káros folyamatnak a megszakítása. Ebben az egészségügyi alapelletásban dolgozó védőnőnek, valamint a szociális és gyermekjóléti rendszer dolgozóinak kulcsszerepe van. Kiemelt feladat a bántalmazás veszélyeire felhívni a figyelmet, fokozottan kell kontrollálni a rizikócsoportokat. Támogatni kell a szülőket a pozitív szülői attitűdök megismerésében és alkalmazásában. Amennyiben minden segítség ellenére a szülők nem képesek a gyermekeket ellátni, úgy a szakemberek felelőssége a jelzés, az intézkedési jogkörrel felruházott szervezetek felé. A cél a gyermek érdeke szerinti legjobb megoldás megtalálása és a cselekvés. A magyarországi törvények és módszertani irányelvek jók, hozzáférhetőek, érvényre juttatásuk a gyermekkel foglalkozó szakemberek közös felelőssége.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Kovács Zs, Keller É, Sonnevend M, et al. (eds.). Professional healthcare guidelines—About the tasks of healthcare providers in case of suspicion of child abuse or neglect of children [Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén] [http://www.ijsz.hu/UserFiles/001148\\_eszi\\_honlapra\\_20160608\\_2.pdf](http://www.ijsz.hu/UserFiles/001148_eszi_honlapra_20160608_2.pdf) Elérve: 2018. 05. 15.
- <sup>2</sup> Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. (eds.). World report on violence and health [Világjelentés az erőszakról és az egészségről WHO], Geneva, 2002. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf) Elérve: 2018. 05. 15.
- <sup>3</sup> Urban Él. The influence of the environment on the development of anxiety and how it stays permanent [A környezet befolyásoló hatása a szorongás kialakulásában, állandósulásában] Új Pedagógiai Szemle. 2007;57;1:70-89. [Hungarian] <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00110/> Elérve: 2018. 05. 17.
- <sup>4</sup> Pukánszky B, Vajda Zs. The story of childhood (excerpts) [A gyermekkor története (részletek)] [http://www.pukanszky.hu/Gyermekkor\\_2001/2\\_%C3%93kor.pdf](http://www.pukanszky.hu/Gyermekkor_2001/2_%C3%93kor.pdf) Elérve: 2018. 05. 17.
- <sup>5</sup> An Act relating to the Protection of Children [Assented to, December 21st, 1899.] <https://www.findandconnect.gov.au/ref/sa/objects/pdfs/Children's%20Protection%20Act%201899.pdf> Elérve: 2018. 10. 06.
- <sup>6</sup> Martin's Act United Kingdom In animal rights: Animals and the law [1822] <https://www.britannica.com/topic/Martins-Act> Elérve: 2018. 10. 14.
- <sup>7</sup> Baska G, Hegedűs J. Égi iskolák, földi műhelyek. Tanulmányok a 65 éves Németh András tiszteletére. DOI: 10.184599/nasz.20159.23 <http://mek.oszk.hu/14600/14688/pdf/14688.pdf> Elérve: 2018. 10. 06.
- <sup>8</sup> Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The Battered Child Syndrome. Journal of the American Medical Association. 1962;181:17-24.
- <sup>9</sup> Antoni P. A megkínzott gyermek syndroma. Orv Hetil. 1965;106:1934-1937.
- <sup>10</sup> Innocenti Social Monitor 2003 <https://www.unicef-irc.org/publications/series/21/> Elérve: 2018. 05. 17.
- <sup>11</sup> Révész Gy. Parental treatment – child abuse [Szülői bánásmód-gyermekbántalmazás] Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2004. [Hungarian]
- <sup>12</sup> Gyórfy Zs. The Commissioner for Fundamental Rights reports in AJB-3039/2013. number of cases [Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-3039/2013. számú ügyben] <http://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/201303039.pdf/52dd3596-954f-422a-99b6-3539c66c38ad?version=1.0&inheritRedirect=true> Elérve: 2018. 10. 06.
- <sup>13</sup> Gyórfy Zs. The Commissioner for Fundamental Rights reports in AJB-4239/2016 number of cases [Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-4239/2016. számú ügyben] [http://www.ajbh.hu/documents/10180/2500969/Jelent%C3%A9s+az+%C3%A9henhalt+gy%C3%B6ngy%C3%B6si+kisgyermek+%C3%BCgy%C3%A9ben+4239\\_2016/4c7f036b-05c6-436d-b7e1-a9e0bec2be38?version=1.0&inheritRedirect=true](http://www.ajbh.hu/documents/10180/2500969/Jelent%C3%A9s+az+%C3%A9henhalt+gy%C3%B6ngy%C3%B6si+kisgyermek+%C3%BCgy%C3%A9ben+4239_2016/4c7f036b-05c6-436d-b7e1-a9e0bec2be38?version=1.0&inheritRedirect=true) Elérve: 2018. 10. 06.
- <sup>14</sup> Act XXXI of 1997 on the Protection of Children and Guardianship [1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról] [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700031.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV) Elérve: 2018. 05. 19.
- <sup>15</sup> Act IX of 2012 on the amendments of Act XXXI of 1997 on the Protection of Children and Guardianship [2002. évi IX. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról]. <https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=a0200009.TV> Elérve: 2018. 05. 19.
- <sup>16</sup> EMMI Department of Social Services and Child Welfare - Integration of Family Assistance and Child Welfare Services and the formation of Child Welfare Centers [EMMI Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltatások Főosztálya - A családsegítés és a gyermejjóléti szolgáltatás integrálása, család- és gyermejjóléti szolgálatok, valamint család és gyermejjóléti központok kialakítása].
- <sup>17</sup> Act XXXI of 1997 on the Protection of Children and Guardianship [1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról]. [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700031.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV) Elérve: 2018. 05. 19.

<sup>18</sup> Council of Europe Teach your child The Underwear Rule [http://underwearrule.org/source/text\\_en.pdf](http://underwearrule.org/source/text_en.pdf)

Elérve: 2018. 05. 21.

<sup>19</sup> Ágoston I, Betlehem J, Deutsch K, et al. Legal regulation of health education [Az egészségügyi képzések jogi szabályozása](2015) [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002\\_az\\_egeszsegugyi\\_kepzesek\\_jogi\\_szabalyozasa/EJ/sejjs523g.htm](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_az_egeszsegugyi_kepzesek_jogi_szabalyozasa/EJ/sejjs523g.htm) Elérve: 2018. 10. 14.

<sup>20</sup> 9/2000. (VIII. 4.) Regulation on the training of personal care providers and social examinations [SzCsM rendelet A személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról] <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000009.scm> Elérve: 2018. 10. 14.

<sup>21</sup> Act CLXV of 2016 on Amend Certain Child Protection and Health Issues to Enhance the Safety and Security of Children [2016. évi CLXV. törvény egyes gyermekvédelmi és egészségügyi tárgyú törvényeknek a gyermekek biztonságának és védelmének fokozása érdekében történő módosításáról] <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600165.TV&time-shift=ffffff4&xtreferer=00000001.TXT> Elérve: 2018. 10. 06.

<sup>22</sup> Act CXXXV. of 2005 on Assistance to Victims of Crime and State Compensation [2005. évi CXXXV. törvény a bűncselekmények áldozatainak segítéséről és az állami kárenyhítésről] <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0500135.tv> Elérve: 2018. 10. 06.

<sup>23</sup> Katonáné PE. Methodological Manual The Role and Responsibility of the Child Protection Service in Preventing and Treating Child Abuse and Neglect [Módszertani füzet A gyermekvédelmi feladatot ellátó szervek szerepe és felelőssége a gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzésére és kezelésére] [http://www.3sz.hu/sites/default/files/Modszertani\\_fuzet\\_2004.pdf](http://www.3sz.hu/sites/default/files/Modszertani_fuzet_2004.pdf) Elérve: 2018. 10. 14.

# Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból

## Patient right aspects of child health services in Hungary

Szerző: Feith Helga Judit ✉

*Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest*

Beküldve: 2018. 06. 19.

doi: 10.24365/ef.v59i5.338

**Bevezetés:** Köztudott, hogy a kiskorúak életkoruknál és ezáltal jogi státuszuknál fogva az egészségügyi ellátásuk során kiszolgáltatottabb helyzetben levő társadalmi réteghez tartoznak. Jelen tanulmány legfontosabb célkitűzése az, hogy bemutassa a gyermekekre vonatkozó legfontosabb betegjogi szabályozást, beazonosítva a hatályos szabályozás neuralgikus pontjait.

**Módszertan:** Az elemzés az Egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény) kiskorúakra vonatkozó betegjogi szabályozására épül, összefüggésben vizsgálva a kapcsolódó jogszabályokat.

**Eredmények:** Kétségtelen, hogy a jogalkotó számos ponton védi a kiskorú betegek érdekeit, azonban az egyébként is rosszabb érdekérvényesítési adottságot a kiskorúak különös státuszhelyzetei, vagyis az alacsony társadalmi-gazdasági státusz, kisebbségi helyzet, egyszülős családban nevelkedés, speciális vallási közösséghez tartozás még jobban felerősíthetik, emiatt a kiskorúak érdekei sérülhetnek az egészségügyi ellátás során.

**Következtetések:** Javasolt lenne egy átfogó és reprezentatív mintán elvégzett, betegjogi szempontú kvantitatív kutatást folytatni a kiskorúak egészségügyi ellátására vonatkozóan, és ezen eredmények alapján revízió alá vonni a hatályos szabályozást.

**Kulcsszavak:** kiskorúak egészségügyi ellátása; betegjogok; szülői jogok; diszkrimináció; érdekérvényesítés

**Introduction:** It is well known that minors belong to vulnerable social groups in health care due to their specific legal status, which is determined by their age. The most important aims of the present study are to introduce children's patient rights and to detect neuralgic problems in their health service from a legal point of view.

**Method:** This analysis is based on the regulations of the Hungarian Act CLIV of 1997 on Health concerning minors' patient rights and connected legal questions.

**Results:** It is evidenced that legislators intend to protect the interests of minors by several rules, but the reduced abilities to enforce their interests become more problematic in special statuses, such as a low socioeconomic status, belonging to a minority, following a special religion, and growing up in a one-parent family. Due to these disadvantages, interests of minors can be injured during their care.

**Conclusion:** It is suggested to carry out complex, patient-rights-oriented quantitative research on a representative sample concerning minors' health care, and based on the results, revise the regulations in force.

**Keywords:** child health services; patient rights; parental rights; discrimination; enforcement of interest

## BEVEZETÉS

Számos tévhit létezik a szülői jogok és törvényes képviselő tekintetében. A laikusok különösen gyakran értelmezik helytelenül, hogy szülőként saját felelősségükre mit tehetnek meg a kiskorút érintő egészségügyi kérdésekben, miközben döntésük akár visszafordíthatatlan negatív következményekkel is járhat a gyermek egészségi állapotára nézve. Ez utóbbi tény miatt a ma hatályos jogszabályi környezetben a kiskorú törvényes képviselője lényegesen szűkebb hatáskörben dönthet a gyermek gyógykezelése tekintetében, mint a sajátját illetően.<sup>1</sup>

Ma már a gyógyítás- és betegellátás megkérdőjelezhetetlenül összefonódik egészségügyi jogi kérdésekkel. Egy nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás súlyos hátrányokkal járhat a beteg rövid- és hosszútávú egészségi állapotára nézve, miközben az egyébként alapvetően egészségügyi szakmai kérdés számos jogi kérdést is felvet. Így például, felmerülhet, hogy az egészségügyi dolgozó az elvárhatósági szintnek megfelelően mindent megtett-e annak érdekében, hogy a beteg korrekt ellátásban részesüljön; a beteg az ellátása során döntéseit megfelelő információk birtokában, szabad akaratából hozta-e; amennyiben ezek bármelyike egyáltalán nem vagy részlegesen nem teljesül, milyen felelősség keletkezik az egészségügyi szolgáltatói oldalon, a beteg és/vagy hozzátartozó hogyan tudja érvényesíteni az igényét stb.

Jogi szempontból a magyar egészségügyi ellátórendszer egyik különös betegpopulációjának számítanak a megközelítőleg teljes jogosult kör egyötödét kitevő kiskorúak (18 éven aluliak). A hatályos polgári jogi szabályozás szerint (2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről, a továbbiakban: Ptk.) a cselekvőképtelen (14 éven aluli) és a korlátozottan cselekvőképes (14–18 éves) kiskorúak saját nevükben egyáltalán nem vagy korlátozottan járhatnak el, így törvényes képviselőre (szülői felügyeletre, ennek hiányában gyámságra) szorulnak.<sup>2</sup> Azonban a törvényes képviselő, ha a gyermek érdekeitől eltávolodik, akár hátrányos is lehet a gyermek egészségügyi ellátására nézve (akadályt képezve a mihamarabbi gyógyulás útjában vagy a betegségek megelőzésében), illetve számos

betegjog gyakorlását körülményessé teheti, ezáltal vitát generálva a beteg törvényes képviselője és az egészségügyi szolgáltató között. A kiskorúak egészségügyi ellátása során érvényesülő önrendelkezési jog fejlődésében különös jelentőséggel bír az Alkotmánybíróság 2000 októberében született 36/2000.(X.27.) számú határozata.<sup>3</sup> Ebben kinyilvánították, hogy a kiskorúak gyógykezelése során a különbségtétel nélküli önrendelkezési jog biztosítása sérti a korlátozottan cselekvőképes kiskorúakat. A jelenleg hatályos egészségügyi szabályozás tehát nem teljesen egységesen szabályozza a korlátozottan cselekvőképes kiskorúak cselekvési lehetőségeit, így például, az érett kiskorúak (16–18 évesek) ún. helyettes döntéshozót nevezhetnek meg, vagy a korlátozottan cselekvőképesek már betekinhetnek az egészségügyi dokumentációjukba.

Már az első, országgyűlés által alkotott egészségügyi tárgyú törvény (1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről) is rendelkezett a gyermekek egészségügyi ellátásáról, elsődlegesen a korabeli rossz mortalitási helyzet felszámolása miatt, így például, hatósági felügyelet és intézkedés tárgyát képezte a gyermekek egészségi állapota, szociális indok alapján pedig a vagyontalan gyermekek ingyenes egészségügyi ellátásra voltak jogosultak.<sup>4,5</sup>

Egy 1907-es miniszteri rendelet szerint az egészségükben veszélyeztetett gyermekeket akár az otthoni környezetükből is ki lehetett emelni ezen ok alapján.<sup>6</sup> Ugyancsak nagy előrelépést jelentett alapellátási szinten az 1915-ben, Országos Stefánia Szövetség néven megalakult első védőnői szolgálat.<sup>7</sup>

A XX. század második felében további pozitív, a gyermekek speciális érdekeit figyelembe vevő és kiszolgáltatottságukat csökkentő jogfejlődésnek lehetünk tanúi. A nemzetközi és a hazai jogi szabályozásban egyaránt komplexebb jogi védelem jelent meg a kiskorúakra vonatkozóan általában és az egészségügyi ellátásukra nézve is.

1989-ben, New Yorkban, az ENSZ Közgyűlés által egyhangúlag elfogadott, Gyermekek jogairól szóló Egyezmény (amit Magyarországon az 1991. évi LXIV. törvényben hirdettek ki) témánk szempontjából meghatározó nemzetközi jogi norma, hiszen

<sup>1</sup> A hatályos Ptk. lehetőséget ad arra az érett kiskorúaknak (vagyis a 16–18 év közöttieknek), hogy érvényes házasságot köthessenek hatósági engedéllyel. Amennyiben ez megtörténik, úgy cselekvőképessé válnak.



lényeges keretszabályozást teremtett az ezt ratifikáló országok, így Magyarország számára is. A jogalkotó a 24. cikkben deklarálja a gyermekek lehető legjobb egészségi állapotához való jogát, valamint azt, hogy részesülhessenek orvosi ellátásban, de megjelentek más, az egészségükhöz és egészségügyi ellátásukhoz kapcsolódó közvetlen vagy közvetett rendelkezések is.<sup>8</sup> A családok, a nők, az idősek, valamint a fogyatékossgal élők mellett a legmagasabb szintű hazai jogi norma, az Alaptörvény is fokozottan védendő személyeknek minősíti a kiskorúakat.<sup>9</sup> Bár a 2014. március 15-én hatályba lépett Ptk. Családjogi Könyve alapvetően rögzíti a gyermek érdekének és jogainak fokozott védelmét, mégis hiányzik az egészségükre, egészségügyi ellátásukra vonatkozó speciális szabályozás.<sup>2</sup> Ezzel szemben a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvényben (a továbbiakban: Gyvt.) már konkrét szabályozást találunk. Gyermeki jogként jelenik meg az egészséges felnevelkedést biztosító saját családi környezetben történő nevelkedéshez való jog, valamint a fejlődésre ártalmas környezeti és társadalmi hatások és az egészségre káros szerek elleni védelemhez való jog. Ugyanakkor gyermeki kötelezettségként fogalmazza meg a jogalkotó az egészséget károsító életmód gyakorlásától, valamint az egészséget károsító szerek használatától való tartózkodást is. A Gyvt.-ben szabályozott gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer, az egyes gyermekvédelmi ellátások, a gyermekjogi képviselői hálózat, valamint a kapcsolódó hatósági intézkedések köre mind a kiskorúak védelmét szolgálja.<sup>10</sup> Ebben a körben a házi gyermekorvosok, valamint a védőnői szolgálat munkatársai fokozott kötelezettségekkel terheltek.<sup>11</sup>

Napjainkban az Integrált Jogvédelmi Szolgálat<sup>ii</sup> (a továbbiakban: IJSZ) gondoskodik a betegek, ellátottak és gyermekek törvényben meghatározott jogainak védelméről. Jelen tanulmány tárgyához a 2000-tól bevezetett és az egészségügyi törvényben, vagyis az 1997. évi CLIV. törvényben (a továbbiak-

ban: Eütv.) szabályozott IJSZ betegjogi képviselői rendszer kapcsolódik közvetlenül.<sup>12</sup> A betegjogok érvényesülése érdekében a betegek, törvényes képviselők, valamint hozzátartozóik betegjogi képviselőhöz fordulhatnak.<sup>iii</sup> 2017-ben 14 622 alkalommal történt meg a betegjogi képviselők felkérése, leggyakrabban tájékoztatást kértek az érintett személyek. Ugyanakkor hosszú évek óta megfigyelhető, hogy a betegjogi képviselők felé jelzett (feltételezett) problémák legnagyobb hányada az egészségügyi ellátáshoz, a tájékoztatáshoz, valamint az emberi méltósághoz való jogokhoz kapcsolódik. Az IJSZ adatgyűjtése szerint a legkiszolgáltatottabb betegek – vagyis a gyermekek, idősek, pszichiátriai/zavart állapotú betegek, fogyatékossgal vagy egyéb hátránnyal élő betegek – közül a pszichiátriai betegekkel és a kiskorúakkal kapcsolatban érkezett a legtöbb megkeresés.<sup>13</sup>

Jelen tanulmány legfontosabb célkitűzése az, hogy bemutassa és értékelje a hatályos Eütv. és a kapcsolódó jogszabályok kiskorú betegek ellátására ható betegjogi rendelkezéseit, összefüggésben a kiskorúak korlátozott érdekérvényesítési lehetőségeivel, az esetlegesen ezt tovább nehezítő szociális hátrányaikkal és/vagy kisebbségi létükkel és/vagy egyszülős nevelkedésükkel, valamint a vallási hovatartozásukkal (a továbbiakban: különös státuszhelyzetek).

## MÓDSZER

Az elemző munka középpontjában az Eütv. hatályos betegjogi rendelkezései állnak. A jogalkotó összesen kilenc betegjogot szabályoz,<sup>iv</sup> ezek mindegyike közvetlenül kapcsolódhat a gyermekek egészségügyi ellátásához.<sup>12</sup> Az alábbiakban strukturáltan, a kiskorúak ellátására közvetlenül is befolyással bíró, különös státuszhelyzetek szempontjából történik meg az egyes betegjogokhoz kapcsolódó neuralgikus pontok beazonosítása. Bár az elemző munka az Eütv. betegjogi rendelkezéseire fókuszál, emellett

<sup>ii</sup> Az IJSZ jogelődjei: 2000–2004 között: ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat); 2004–2011 között: BEGYKA (Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány); 2011–2012 között: NRSZH (Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal); 2012–2017 között: OBDK (Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ). Emellett a 2007–2010 között működött EbF (Egészségbiztosítási Felügyelet) hatósági jogkörrel rendelkező szervként betegjogi ügyekkel foglalkozott, vagyis ellenőrizte az egészségügyi szolgáltatók, egészségbiztosítók működését, de a betegek is panaszt tehettek az EbF-nél, például, a nem megfelelő egészségügyi ellátással, díjfizetéssel, egészségügyi ellátás megtagadásával kapcsolatban.

<sup>iii</sup> Betegjogi képviselőhöz azonban nemcsak a beteg és/vagy a hozzátartozója fordulhat, hanem az adott egészségügyi szolgáltató egészségügyi dolgozója, adatvédelmi felelőse, minőségügyi vezetője stb.

<sup>iv</sup> Bár a szakirodalomban időnként megjelenik egy tizedik, a betegjogi képviselőhöz való fordulás joga, azonban ez inkább eljárásjogi, mintsem anyagi jogi szabálynak minősül.

azonban helyenként nélkülözhetetlen a kapcsolódó jogszabályi környezet ismertetése is.

## ÁTTEKINTÉS

Szemben a pszichiátriai betegek betegjogainak szabályozásával, az Eütv. nem kezeli külön fejezetként a kiskorú betegek betegjogait, hanem a kilenc betegjognál találjuk meg a kiskorúakra vonatkozó egyedi szabályozást, sok esetben együtt kezelve a nem cselekvőképes nagykorú betegekkel. Mindösszesen négy esetben – a kapcsolattartási jognál, a tájékoztatáshoz való jognál, az önrendelkezéshez való jognál, valamint az ellátás visszautasításának jogánál – található olyan egyedi betegjogi szabályozás, amely ténylegesen elválik a belátási képességgel nem vagy azzal korlátozottan rendelkező nagykorú személyekre vonatkozó norma anyagától.<sup>12</sup>

Emellett azonban az Eütv.-ben több más helyen is találkozunk a kiskorúak érdekében megfogalmazott különleges szabályozással. A kiskorúak megfelelő testi és lelki fejlődésének elősegítése miatt a jogalkotó – a betegjogok biztosítása mellett – kötelezettségeket fogalmaz meg az egészségügyi szolgáltatók számára (a Gyvt. és a személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseivel összhangban) a prevencióra és az egészséget veszélyeztető tényezők felismerésére és megszüntetésére is.<sup>14</sup> Az Eütv.-ben önálló szakaszként jelenik meg az ifjúság-egészségügyi gondozás, mint ahogyan a 0–18 év közöttiek szűrővizsgálataira vonatkozó, 2017. január 1-én hatályba léptetett, törvényes képviselőkre nagyobb terhet róó szabályozás is.<sup>12, 15</sup>

A gyermekek életkoruknál fogva nem rendelkeznek megfelelő belátási képességgel. Emiatt – az idős demens betegekhez vagy a belátási képességet érintő pszichiátriai kórképpel rendelkező betegekhez hasonlóan – sokkal könnyebb bizonyos betegjogokat – például, az emberi méltóságukat vagy az életkoruknak és pszichés státuszuknak megfelelő tájékoztatáshoz való jogukat megsérteni. Miután az ügyeik vitelében (például, az invazív műtéthez történő beleegyezés megadása) egyáltalán nem vagy korlátozott eljárásai lehetőségekkel bírnak, így a

betegjogaik érvényesítéséhez is törvényes képviselőre szorulnak. A szülői felügyeleti joggal bíró személy vagy annak hiányában a gyám a kiskorú érdekében kell, hogy eljárjon. Ugyanakkor a képviselőre feljogosító törvényi felhatalmazást a laikusok gyakran rosszul értelmezik azáltal, hogy azt gondolják, „saját felelősségre” a kiskorú helyett eljáró személy bármit megtehet a kiskorú beteg egészségügyi ellátása során. A jogalkotó emiatt igyekezett speciális fékeket beépíteni az Eütv.-be. Különösen az egészségügyi ellátás visszautasítása tekintetében válik ez neuralgikus kérdéssé, hiszen akár meghalhat vagy súlyos, maradandó egészségkárosodást is szenvedhet a kiskorú. Főként ez utóbbi eset jelenthet problémát az egészségügyi ellátás során, ugyanis az Eütv. kógens<sup>v</sup> szabályként deklarálja, hogy a kiskorú törvényes képviselője nem utasíthatja vissza a kiskorú helyett és nevében a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátást.<sup>12</sup> A súlyos vagy maradandó egészségkárosodás bekövetkeztének megítélése minden esetben szakmai kérdés, azonban olykor nehezen megítélhető, hogy mely esetekben lehet kimondani a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás bekövetkeztének lehetőségét az ellátás visszautasítása esetén. Ez a kérdés a mindennapi ellátásban számos feszültséget generál az egészségügyi ellátó és a kiskorú törvényes képviselője között. Ráadásul az ellátás visszautasítása esetén mindvégig szem előtt kell tartanunk a kiskorú betegek speciális jogi státuszát, vagyis azt, hogy a saját testére, egészségi állapotára vonatkozó döntést nem, vagy csak igen ritkán és szűk korlátok között hozhatja meg ön maga, szemben a cselekvőképes nagykorú személyekkel, akik – néhány törvényi kivételtől eltekintve – saját maguk dönthetnek az egészségügyi ellátásukról.

Amellett, hogy a kiskorú betegek alaphelyzetben is képviselőre szorulnak az egészségügyi ellátásuk során, különös státuszhelyzetekben – így az alacsony szociális státusz, kisebbségi lét, egyszülős családban nevelkedés, bizonyos vallási csoporthoz való tartozás – tovább fokozhatja az egyébként is meglévő kiszolgáltatottabb helyzetüket. Köztudott, hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú személyek (ilyen formán a gyermekek)

<sup>v</sup> Feltétlen, kötelező, kivétel nélkül alkalmazandó szabály.

hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez sokkal korlátozottabb. Az Európai Unió Statisztikai Hivatalának (EUROSTAT) 2017-es felmérése szerint a 0–17 éves magyar gyermekek 31,6%-át fenyegeti a szegénység és társadalmi kirekesztettség.<sup>16</sup> Az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú személyek érdekérvényesítő képessége általában rosszabb: kevesebb kapcsolati tőkével, tudással és anyagi erőforrással bírnak. A szociális hátránnyal küzdő kiskorú betegek valójában tehát kettős – életkoruk és társadalmi-gazdasági státuszuk miatt jelentkező – hátránnyal is küzdenek.

Az alapvető jogok biztosának 2013-as jelentése szerint a kiskorúak egészségügyi ellátása jelentős területi egyenlőtlenséget mutat Magyarországon. Megállapítja, hogy „(...) különösen a hátrányos helyzetű térségekben ellátott gyermekek egészséghez való jogával összefüggő visszasságot okoz a védőnői ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége, annak funkcionális elérhetetlensége vagy korlátozott elérhetősége, valamint a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaként a védőnő és a gyermekorvos/házi gyermekorvos együttműködésének esetlegessége.”<sup>17(54.o.)</sup> A nem megfelelő szociális státusz és az ehhez kapcsolódó negatívumok fokozatosan jelen az alacsony iskolai végzettségű társadalmi rétegek körében, ez viszont az egészségügyi szolgáltatás során egyébként is jelen levő információs aszimmetriát, valamint a nem megfelelő tájékoztatás problémáját fokozza. A tájékoztatáshoz való jog sérelme ugyanakkor szoros összefüggést mutat az önrendelkezéshez való jog, az ellátás visszautasításának és a gyógyintézmény elhagyásának a jogával. Amennyiben a beteg nem megfelelően tájékozott, úgy a felsorolt betegjogok megfelelő gyakorlása is kétségesé válik.

A kisebbségi lét szintén negatív hatással lehet a gyermekek megfelelő egészségügyi ellátására. Magyarországon a 2011. évi népszámlálási adatok szerint a legnépesebb nemzetiséget a romák alkotják.<sup>18</sup> A romák iskolai végzettségi szint, gazdasági aktivitás, vagyoni helyzet, egészségmagatartás, mortalitási és morbiditási mutatók szerint is a leghátrányosabb társadalmi csoportot alkotják, mely nehézségeket az egészségügyi ellátásban fokozhatja a romák – többségi társadalomtól

eltérő – kulturális meghatározottsága, a közösséget jellemző szociálpszichológiai mechanizmusok. Mindezek kifejezett hátrányt keletkeztethetnek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben, bizonyos betegjogok gyakorlásában, így leginkább az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, valamint az orvosi titoktartáshoz való jog sérülhet.<sup>19,20</sup>

A 2011-es népszámlálási adatok szerint nőtt az egyszülős családok száma (2011-ben 537 ezer volt), a gyermeket nevelő családok 30%-ában hiányzott az egyik szülő.<sup>21</sup> A betegjogok gyakorlása tekintetében ez ugyancsak nehezítő körülmény lehet, hiszen ilyen esetekben csak az egyik szülő rendelkezik szülői felügyeleti joggal, így a gyermeket érintő egészségügyi kérdésekben is csak egy szülő dönt. Erre akkor kerülhet sor, ha az egyik szülő meghalt, ha a szülők nem gyakorolják együttesen a közös szülői felügyeleti jogot (mert például, elváltak) vagy az egyik szülő szülői felügyeleti joga szünetel vagy megszűnt. A Ptk. hatályos családjogi rendelkezései értelmében a szülők a szülői felügyeletet (ezen belül a törvényes képviselést) közösen gyakorolják mindaddig, amíg nincs ezzel szemben álló külön megállapodásuk vagy a gyámhatóság/bíróság által hozott rendelkezés. Abban az esetben, ha csak az egyik szülő gyakorolja a szülői felügyeleti jogot, akkor a külön élő szülő nem láthatja el a gyermek törvényes képviselését sem. Ez alól a szabály alól csak a gyermek sorsát érintő lényeges kérdések<sup>vi</sup> jelentenek kivételt, azonban az egészségügyi ellátás nem tartozik ebbe a körbe. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a külön élő szülő nem tekinthet be az egészségügyi dokumentációba, nem gyakorolhatja a másik szülővel közösen a kiskorú helyett a beleegyezés és visszautasítás jogát (még akkor sem, ha a külön élő szülő egyébként egészségügyi végzettséggel és így szaktudással rendelkezik), és a gyermeke állapotáról is csak az együtt élő szülő tájékoztatja. Nem vitatható, hogy a gyermek egészségi állapota, az esetleges egészségügyi beavatkozások a gyermek sorsát érintő lényeges kérdések körébe kellene, hogy tartozzanak. A kiskorú beteg érdeke egyértelműen az lenne, hogy mindkét szülője, az ő érdekében eljárva, együttesen hozza meg a döntést

<sup>vi</sup> A gyermekek sorsát érintő lényeges kérdéseket a Ptk. taxatív felsorolja: a kiskorú nevének meghatározása és megváltoztatása; a szülőjével azonos lakóhelyén kívüli tartózkodási helyének, huzamos időtartamú vagy letelepedés céljából történő külföldi tartózkodási helyének kijelölése; az állampolgárságának megváltoztatása, valamint iskolájának, életpályájának megválasztása.

egészségügyi kérdésekben. Az sem jelentene problémát, amennyiben a szülők esetleg ellentétes nyilatkozatot tennének a beleegyezés és/vagy visszautasítás jogának kérdésében, hiszen az Eütv. deklarálja, hogy ilyen esetekben a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell figyelembe venni, ennek meghozatalára pedig alapvetően a kezelőorvos jogosult.<sup>12</sup>

Ugyan a kiskorúak kisebb hányadát érinti, mégis előfordul, hogy bizonyos vallási normák gyakorlása ellehetetlenítheti az orvostudomány szerint adekvát egészségügyi ellátást, sértve ezzel a kiskorú megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jogát. Különösen aggályos ez akkor, amikor a beteg kiskorú, vagyis az önrendelkezési jogot vagy az ellátás visszautasításának jogát a beteg helyett egy másik személy gyakorolja.<sup>7</sup>

## ÖSSZEGRZÉS

Bár a hatályos Eütv. széleskörűen szabályozza a betegjogokat, és a jogalkotó egyértelműen deklarálja, hogy minden betegnek, így a kiskorúaknak is joga van az egészségi állapotuk által indokolt, az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő, folyamatosan hozzáférhető, teljeskörű tájékoztatáson alapuló egészségügyi ellátáshoz, a speciális jogi státuszú kiskorúak alpból meglevő kiszolgáltatottságát mégis felerősíthetik a fentebb ismertetett különös státuszhelyzetek. Ráadásul ezek a negatív státuszhelyzetek egymásra is hatnak, vagyis például, az egyszülős családok igen nagy hányada rosszabb szociális helyzettel bír, mint ahogyan a romák kisebbségi léte is gyakran összefonódik a rossz szociális helyzettel. Sok esetben nem egy betegjog, hanem akár több is sérülhet, illetve az egyik betegjog sérelme magával hozhatja más betegjogok sérülését. Mindezeket a kapcsolódási pontokat, egymásra hatásokat az 1. ábra mutatja be.

A hatályos egészségügyi szabályozás általánosan megfogalmazott betegjogi rendelkezései nem feltétlenül képesek a speciális esetekre fókuszálni. Bár egyértelmű a törekvés a jogalkotó részéről a kiskorúak betegjogainak és az egészségügyi ellátásukat érintő érdekeinek szélesebb körű védelmére,

így például, biztosítja a speciális kapcsolattartást, az egészségügyi ellátás visszautasításának szigorúbb szabályozását, valamint bevezette az Eütv.-t, a Gyvt-t, valamint az egészségügyi alapellátásról szóló törvény (2015. évi CXXIII. törvény) gyermekvédelmi rendelkezéseinek szigorítását, de úgy tűnik, hogy ez mégsem elegendő.<sup>7,22</sup>

Ráadásul – ahogyan fentebb említettem – a jogalkotó nem egységesen szabályozza a kiskorúak egészségügyi ellátás során biztosított cselekvési lehetőségeit (különbséget téve a 014 évesek, 1418 évesek, valamint exkluzívan a 1618 évesek között), azonban ez rendkívül szűken jelenik meg (például, érett kiskorúak esetében kevés döntési kompetenciát biztosítva), némiképpen nehezen értelmezhető szabályozással.

A pontosabb helyzetkép feltáráshoz elkerülhetlenné vált, hogy a kiskorúak egészségügyi ellátását érintően egy átfogó, betegjogi szempontú kutatás készüljön, beazonosítva a neuralgikus pontokat és az eredmények alapján revízió alá kerüljön a hatályos jogi szabályozás, remélve, hogy sikerül a kiskorú betegek egészségügyi ellátását betegjogi szempontból is magasabb szintre emelni. Ehhez lényeges lenne a kiskorúakra vonatkozóan egy elkülönült betegjogi fejezetet alkotni az egészségügyi törvényben, illetve pontosabbá tenni a kiskorú törvényes képviselőire, hozzátartozóira vonatkozó szabályozást, esetleg felülvizsgálni a korlátozottan cselekvőképes kiskorúak nagyobb döntési kompetenciájának megadását.

Ugyancsak fontos lenne, hogy a szülők, valamint az egészségügyi dolgozók pontosabb fogalmakkal bírjanak a kiskorúak törvényes képviselőinek, illetve annak korlátait tekintve, különösen olyan lényeges területeken, mint a gyermekek egészségügyi ellátása. Ugyanakkor az egészségfejlesztés területén dolgozó szakemberek számára is nélkülözhetetlenek a kiskorúak jogi státuszához és képviselőéhez kapcsolódó ismeretek, hiszen az egészségfejlesztési programok igen nagy hányada ifjúsági program, ahol a gyermekek részvétele (különösen, ha az része egy tudományos kutatási programnak) számos jogi kérdést vet fel.

Bízunk abban, hogy jelen tanulmány hozzájárult az utóbbi kérdések megválaszolásához, az esetlegesen meglevő hiátus csökkentéséhez.

1. ábra: Kiskorúak egészségügyi ellátása során megjelenő betegjogok, kitekintve a különös státuszhelyzetekre



Forrás: saját szerkesztés

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Barzó T. A kiskorú egészségügyi önrendelkezési joga kapcsán felmerülő anomáliák. Családi jog 015; 13 (3): 10-16.

<sup>2</sup> 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300005.TV> (Elérve: 2018. 10. 02.)

<sup>3</sup> 36/2000. (X. 27.) AB határozat <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A00H0036.AB&txtreferer=99700154.TV> (Elérve: 2018. 10. 02.)

<sup>4</sup> 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről  
<https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=87600014.TV&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fkeyword%3D1876> (Elérve: 2018. 10. 02.)

<sup>5</sup> Feith HJ, Gradwohl E, Balázs P. Az orvosok kötelezettségei, a betegek jogai a dualizmus korában hatályos egészségügyi jogszabályok alapján. *Lege Artis Medicinae* 2015;25,(10):454–460.

<sup>6</sup> Soósné Kiss Zs, Feith HJ. Gyermekvédelmi feladatok, kötelezettségek és lehetőségek a házi gyermekorvosi praxisban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle* 2015;28,(9):197-200.

<sup>7</sup> Kiss-Tóth E. A védőnői hivatás történetének értékalakulási tendenciái. *Egészségtudományi Közlemények* 2015;5,(1):11-23.

<sup>8</sup> 1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99100064.tv> (Elérve: 2018. 10. 02.)

<sup>9</sup> Magyarország Alaptörvénye  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV> (Elérve: 2018. 10. 02.)

<sup>10</sup> 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.TV> Elérve: 2018. 10. 02.

<sup>11</sup> Feith HJ. Kiskorú betegek egészségügyi ellátásának betegjogi aspektusai. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle* 2015;28,(6):147-150.

<sup>12</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> Elérve: 2018. 10. 02.

<sup>13</sup> Integrált Jogvédelmi Szolgálat 2017. évi beszámolója <http://www.ijsz.hu/menupontok-2-5.html> (Elérve: 2018. 06. 14.)

<sup>14</sup> 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700047.tv> (Elérve: 2018. 10. 02.)

<sup>15</sup> Szabó L, Feith HJ. (2017) De mégis kinek a felelőssége? Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle 2017;22,(3):141-145.

<sup>16</sup> Children at risk of poverty or social exclusion, 2006-2017

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tespm040&plugin=1>

(Elérve: 2018. 06. 14.)

<sup>17</sup> Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-1356/2013. számú ügyben 54. oldal <http://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/201301356.pdf> (Elérve: 2018. 06. 14.)

<sup>18</sup> KSH 2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS 9. Nemzetiségi adatok

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz\\_09\\_2011.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_09_2011.pdf) (Elérve: 2018. 06. 14.)

<sup>19</sup> Babusik F. A szegénység csapdájában: cigányok Magyarországon - szociális-gazdasági helyzet, egészségi állapot, szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Delphoi Consulting, Budapest, 2004.

<http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-szoc-eu.pdf> (Elérve: 2018. 06. 14.)

<sup>20</sup> Lukács Á, Feith HJ Betegjogok etnikai metszetben. Orvosi Hetilap 2016;157,(18):712–717.

<sup>21</sup> KSH 2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS 16. A családtípusok jellemzői

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz\\_16\\_2011.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_16_2011.pdf) (Elérve: 2018. 06. 14.)

<sup>22</sup> 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500123.TV&se-archUrl=/gyorskereso> (Elérve: 2018. 10. 02.)

# A védett munkahelyek jogi és pszichológiai hatása a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, egy érintett szemszögéből

The juristic and psychologic effect of the protected workplaces in the employment of disadvantaged workers, from the aspect of an involved author

Szerzők: Lengyel Júlia ✉

*Család- és Gyermekjóléti Központ*

Beküldve: 2018. 06. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i5.321

**Összefoglaló:** Ahhoz, hogy a fogyatékkal élők a társadalom egyenrangú, elfogadott tagjai lehessenek, elengedhetetlen részvételük a munka világában. Hazánkban jogi szabályozással törekszenek rá, hogy biztosítsák az érintett célcsoport munkába állítását. Ez a fejlődési utat nyújtó fejlesztő foglalkoztatás, az akkreditált foglalkoztatás és az integrált, nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás formáiban történik. Ugyanakkor megállapítható, hogy a jelenleg többségben lévő társadalmi gondolkodás, a sztereotípiák nem teszik lehetővé a kidolgozott jogszabályi háttér maradéktalan alkalmazását. A jogi szabályozás teljes körű betartásához elengedhetetlen a radikális szemléletváltás.

**Kulcsszavak:** fogyatékkal élők; védett foglalkoztatás; esélyegyenlőség

**Summary:** It is essential for people with disabilities to take part in the world of work if they are to become equal, accepted members of society. Our country is striving to ensure the employment of the target group concerned with its legislation, in the forms of developmental employment providing a certain way to improvement, accredited employment and integrated open labour market employment. At the same time, it can be stated that the social thinking and the stereotypes that are predominant at present do not enable the elaborated legislative background to be fully enforced. I consider a radical change of approach to be indispensable for the complete observance of the legal regulation.

**Keywords:** people with disabilities; sheltered employment; equal opportunities

## BEVEZETÉS

Amikor a fogyatékkal élőkkel, megváltozott munkaképességűekkel foglalkozom, mindenekelőtt fontosnak vélem a célcsoporthoz tartozók definiálását. Kutatók szakmai vitáinak sorozataként számtalan tudományos fogalom alakult ki, ennek ellenére álláspontom az, hogy az érintettek társadalmi megítélésének lényegét, az őket körülengő problémák összefoglaló magyarázatát azon jogalkotói leírás adja, amely szerint „a fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai, akik a mindenkit megillető jogokkal és lehetőségekkel csak jelentős nehézségek árán

vagy egyáltalán nem képesek élni.”<sup>1</sup> Mindezek alapján hazánkban, mint a közel egymillió főre tehető rokkantositott személy országában, szükségesnek tartanám a radikális szemléletváltást a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása területén, többek között a törvényileg megengedett pozitív diszkrimináció eszközének hatékonyabb alkalmazásával. Elmondható, hogy az elmúlt évtizedekben a fogyatékoságpolitika, illetve a fogyatékos mozgalom a befogadás elveit kitűzve igyekezett előmozdítani az érintett emberek mind szélesebb körű társadalmi részvételét. Emellett a fogyatékos, valamint megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci helyzete, aktivitása egyre

gyakrabban került a fejlett országok érdeklődésének középpontjába, valamint a nemzetközi szervezetek számos dokumentumban javasolták az országok számára az alig néhány százalékban foglalkoztatott, megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiacra történő bevonásának szélesítését, részképességeik hasznosítását, a passzív szerep helyett a meglévő képességek mentén a munka világába integrált társadalmi szerep kialakítását. Számtalan államban a betegséget olyan átmeneti problémának tekintik, amelynek megoldását követően az érintett személy visszatér némi változással terhelt, ám normális életviteléhez. Ebből kifolyólag a társadalmi megítélés a betegséget nem tartja jellemhibának, továbbá nem hagyja, hogy a fogyatékossgal élő sajnáltassa, csökkent értékűnek tekintse magát, valamint beletörődjön küzdelmekkel teli helyzetébe. Meglátásom szerint az egészséges mentalitásnak önmagában is gyógyító ereje van, így kiemelten fontosnak tartom ennek kialakítását, erősítését a megváltozott munkaképességű személyekben ahhoz, hogy teljes értékűként élhessék életüket. Jelen írásomban ezen mentalitásfejlődési folyamat keretében vizsgálom a munkavégzés mint alkalmazott terápia hatását. Látássérült munkavállalóként a jogi háttér szükség-szerű bemutatása mellett a személyes, valamint az érintett célcsoport gyakorlati tapasztalásait veszem górcső alá. A felhasznált irodalom választása során vezérelvem elsősorban a téma aktualitásának hangsúlyozása volt. Ebből kiindulva igyekeztem összegyűjteni és legteljesebben bemutatni a hatályos jogszabályokat, valamint meglátásom szerint a foglalkozási rehabilitáció területén különösen jelentős munkát végző civil szervezet, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. kutatási eredményeit. E viszonylag szűkre szabott irodalmi keret teljességét törekszem biztosítani személyes tapasztalásaim, gondolataim, elképzeléseim megfogalmazásával.

## JOGSZABÁLYI ALAPVETÉS

A változtatás lehetőségének táptalaját adja a jelenleg hatályban lévő Alaptörvényünk, amikor megfogalmazza, hogy a „közösség erejének és minden ember becsületének alapja a munka, az emberi szellem teljesítménye.”<sup>2</sup> „Magyarország törekszik megteremteni annak feltételeit, hogy

minden munkaképes ember, aki dolgozni akar, dolgozhasson.”<sup>2</sup> Ezzel összhangban hazánk jogszabályi szinten igyekszik biztosítani a fogyatékkal élők lehetőség szerint integrált, ennek hiányában védett foglalkoztatását. A foglalkozási rehabilitáció hazai rendszere az elmúlt évtizedekben jelentős átalakuláson ment keresztül, amely érintette nemcsak a szabályzókat, hanem a szemlélet, minősítés, az ellátási formák, a támogatási rendszerek és az intézményi rendszer változását is. A komplex rehabilitáció szemléletének megjelenése és gyakorlati alkalmazása új elvárásokat hozott mind az állami feladatellátás, mind pedig az államon kívüli civil és gazdasági szereplők vonatkozásában.

## FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ

### A foglalkozási rehabilitáció jellemzői, a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás mint elérendő cél

A komplex rehabilitációs folyamat alapvetően több területből áll, így a foglalkozási rehabilitáció csupán egy részterület az orvosi, a mentálhigiénés, a szociális, valamint a pedagógiai rehabilitáció mellett. A foglalkozási rehabilitáció elsősorban a munkaerőpiacra történő visszalépés elősegítésére irányul. A foglalkozási rehabilitáció folyamatának és eszközrendszerének tervezése személyre szabott, aminek kiinduló feltétele az egyén fejleszthető képességeire épülő munkavállalási stratégia, amely elsősorban az egészségkárosodás mértékéhez, a megmaradt képességekhez és a munkaerőpiaci esélyekhez igazodik.<sup>3</sup>

Elmondható, hogy a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának előmozdításában jelentős szerepet játszanak az államon kívüli, civil vagy gazdasági szereplők. Bár az állami és államon kívüli szolgáltatók munkájának célja azonos, más eszközökkel és támogatásokkal érik el mindezt. Az államon kívüli szolgáltatók az egyén megismerésén, felmérésén, egyénre szabott felkészítésén keresztül találják meg a megváltozott munkaképességű ember számára az ideális foglalkoztatási formát, munkakört, illetve segítik nemcsak a beilleszkedést, hanem az utókövetéssel a tartós foglalkoztatás elérését is. Az állami szolgáltatók a munkaadóknak biztosított ösztönzők segítségével érik el a fogyatékos, illetve egészségkárosodott emberek elhelyezését. Az állami intézmények munkája mellett közel



húsz éve kezdték meg tevékenységüket az első alternatív munkaerőpiaci szolgáltatást nyújtó civil szervezetek. A megváltozott munkaképességű emberek különböző hátrányaira speciális, komplex megoldásokkal reagáltak. Céljuk a fogyatékos emberek nyílt munkaerőpiaci munkavállalásának támogatása. Az álláskeresők számára, több éves szolgáltatási tapasztalataikra építetten, személyre szabott, rugalmas szolgáltatás biztosítja a civil szervezetek programjának sikerességét és hatékonyságát. Széles körű munkáltatói kapcsolatrendszer okán a nyújtott szolgáltatás a befogadást, bennmaradást és a szemléletformálást segíti elő. Emellett a foglalkozási rehabilitáció kiszélesítésével és a munkáltatói támogatások megjelenésével párhuzamosan nagymértékben nőtt az igény megváltozott munkaképességű emberek felvételére. Számos, munkaközvetítéssel, illetve munkaerő-kölcsönzéssel foglalkozó cég kezdte kibővíteni a közvetítési palettáját e célcsoportra.<sup>3</sup> A mindezen szolgáltatók által célul kitűzött nyílt piaci munkavállalás az egészségkárosodott emberek foglalkoztatásának legmagasabb szintje. Az integráció és a társadalmi befogadás itt valósul meg legteljesebben. E foglalkoztatási keretben a fogyatékkal élő emberek végzettségüknek, képességeiknek, motivációiknak, személyes erősségeiknek, valamint egészségi állapotuknak megfelelő munkahelyen és elfogadó környezetben egészséges embertársaik között dolgozhatnak. Ugyanakkor látnunk kell azt is, hogy magas azoknak az egészségkárosodott személyeknek a száma, akiknek a nyílt piaci foglalkoztatását nem teszi lehetővé akár pillanatnyi, akár végleges állapota. Ahogy azt alább is kifejttem, vallom, hogy az e körbe tartozók teljes körű, sikeres rehabilitálásához kikerülhetetlen a munkavégzés mint terápiás eszköz. Ha röviden áttekintjük a védett foglalkoztatási formák, így az akkreditált foglalkoztatás és a fejlesztő foglalkoztatás területét, láthatjuk, hogy egyfajta fejlődési utat jelentenek a nyílt piaci foglalkoztatás felé az egészségében bármely okból megkárosodott, és azt csapásként megélő, pszichésen tönkrement, ámde újra felállni akaró, küzdeni képes emberek számára.

## Fejlesztő foglalkoztatás

2017 januárjában megszületett és elfogadásra került az a jogszabály, amely az eddigi intézményen belüli szociális foglalkoztatást megszüntette, és helyébe 2017. április 1-től bevezette a fejlesztő foglalkoztatást. A kialakításra került fejlesztő foglalkoztatás célja, hogy a gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint az egyén egészségi állapotának, életkorának, fizikai és mentális állapotának megfelelően fejlesztési és foglalkoztatási szolgáltatást nyújtson, ezáltal támogatva az egyén önálló munkavégzésre, illetve a nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedésre való felkészítését.<sup>4</sup> Mindez a gyakorlatban azáltal valósulhat meg, ha a fejlesztő foglalkoztatás lehetőséget biztosít az értékteremtő foglalkoztatás létrehozására, tehát nem a képességbeli hiányosságokra, hanem a megmaradt képességekre fekteti a hangsúlyt. A fejlesztő foglalkoztatás az integráció támogatásával biztosítja a fogyatékos emberek munkaerőpiac-hoz való hozzáférését és törekszik arra, hogy a munkaképes lakók minél nagyobb létszámban jussanak munkához, továbbá a munkán keresztül esélyt kapjanak a helyi közösségekbe való beilleszkedésre. E foglalkoztatási forma a rehabilitációs célhoz kapcsolódóan elvárja, hogy a foglalkoztatás módja és a megjelenő elvárások, szabályok és feltételek minél inkább közelítsenek a nyílt munkaerőpiaci kritériumok jellemzőihez. Mindezt támogathatja a piacorientált szemléletmód erősítése, amely egyben a fenntarthatóság, a fejlesztés kulcsát is jelenti.<sup>5</sup> A fejlesztő foglalkoztatás kétfajta jogviszonyt különböztet meg: a szociális törvény szerinti fejlesztési jogviszonyt és a Munka Törvénykönyve szerinti határozott idejű munkaviszonyt, ami lehetővé teszi a képesség alapú differenciálást, és átlépési lehetőséget kínál az akkreditált vagy nyílt munkaerőpiaci munkavállalás felé.<sup>4</sup> Alanya olyan fogyatékossgal élő pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg vagy hajléktalan személy lehet, aki szociális szolgáltatásban<sup>i</sup> vagy ellátásban<sup>ii</sup> részesül. A fejlesztési jogviszonyban történő foglalkoztatás célja az ellátott testi és szellemi képességeinek,

<sup>i</sup> Az 1993. évi III. törvény szerint szociális szolgáltatásnak minősül a közösségi alapellátás, támogató szolgáltatás, nappali ellátás, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás, ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátás, rehabilitációs intézményi ellátás, lakóotthoni ellátás és a támogatott lakhatás.

<sup>ii</sup> Az 1993. évi III. törvény alapján a szociális ellátások két nagy csoportra oszthatók: pénzügyi és természetbeni ellátásokra. Pénzügyi ellátásnak minősül az időskorúak járadéka, az aktívkorúak ellátása, az ápolási díj, valamint a települési támogatás. Természetbeni ellátásnak minősül a közgyógyellátás, az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság és a köztemetés.

valamint a munkavégzéssel összefüggő készségeinek helyreállítása, megőrzése és fejlesztése, továbbá az ellátott felkészítése az önálló munkavégzésre.

A fejlesztési jogviszony a pszichológus szakember javaslata, vagy rehabilitációs alkalmassági vizsgálat eredményeképpen kiadott, hatályos, munkarehabilitációt javasoló szakvélemény alapján, egyéni foglalkoztatási tervben foglaltak szerint akkor hozható létre, ha az ellátott kompetenciái nem érik el az önálló munkavégzéshez szükséges szintet.<sup>4</sup>

### Akkreditált foglalkoztatás

Az akkreditált foglalkoztatás fontos állomás lehet a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációja során. Előrelépést jelent a fejlesztő foglalkoztatás irányából, fokozatos átmenetet és felkészítést biztosít a nyílt munkaerőpiac felé, ezáltal magasabb szinten garantálja a foglalkoztatást, szélesíti az egyéni képességekhez igazított rehabilitáció eszköztárát. Amíg a fejlesztő foglalkoztatásnál elsősorban a munkakészség fejlesztésén, munkatípusok kipróbálásán, munkaszocializáción van a hangsúly, az akkreditált foglalkoztatás ezen már túlmutat. A megmaradt készségek hasznosítását és fejlesztését tűzi ki célul a nyílt munkaerőpiaci érvényesülés érdekében. Az akkreditált foglalkoztatás, mint a foglalkozási rehabilitáció színtere, több funkcióval rendelkezik. Egyrészt előrelépést jelent a fejlesztő foglalkoztatás irányából, megfelelő feltételeket teremt az integrált foglalkoztatásba még bekapcsolódni nem tudó, megváltozott munkaképességű emberek számára amellet, hogy védett környezetet biztosít az ott dolgozóknak. Elvárásokban már közelít a nyílt munkaerőpiaci feltételekhez, segítő szolgáltatások által támogatja a foglalkozási rehabilitáció megvalósulását, a felkészülést a nyílt munkaerőpiaci munkavállalásra.<sup>6</sup>

Az akkreditációs cél szempontjából beszélhetünk tartós és tranzitfoglalkoztatásról. A tartós foglalkoztatás célja a megváltozott munkaképességű munkavállaló munkakészségének, egészségi állapotának, testi és szellemi képességeinek megőrzése, fejlesztése, termelő, szolgáltató tevékenység biztosítása mellett, védett körülmények között,

munkaviszony keretében. A tranzitfoglalkoztatás célja pedig a rehabilitálható munkavállaló felkészítése a nyílt munkaerőpiacon történő foglalkoztatásra, védett körülmények között, termelő, szolgáltató tevékenység biztosítása mellett.<sup>7</sup> Ha megvizsgáljuk a két foglalkoztatási formát, megállapítható, hogy az akkreditált foglalkoztatónál történő munkavállalás elsődleges célja a megváltozott munkaképességű személyek meglévő munkavégző képességeinek feltárása, megőrzése és fejlesztése, munkatapasztatást és gyakorlat biztosítása.

Akkreditált foglalkoztatásban olyan megváltozott munkaképességű személyek vehetnek részt, akik rendelkeznek a fentiekben már említett komplex minősítéssel.<sup>iii</sup> Azoknak a cégeknek pedig, melyek vállalják a rehabilitációs foglalkoztatást, akkreditációs eljárásban kell részt venniük, amelynek végén a jogszabályban leírt feltételek teljesülése esetén rehabilitációs akkreditációs tanúsítványt kapnak. A tanúsítványt határozatlan időre állítják ki, de évenként ellenőrzik, hogy a vállalatok továbbra is megfelelnek-e az akkreditációs követelményeknek.

### A FOGYATÉKOSSÁG PSZICHOLÓGIAI OLDALA SZEMÉLYES TAPASZTALÁSAIM FÉNYÉBEN

A fogyatékoság pszichológiai velejáróiról számos elismert szakember tudományos eredményeit lehetne felsorakoztatni, pró és kontra összevetni, de hosszas gondolkodás után másra jutottam: mivel meglehetősen kevés az a fórum, ahol a fogyatékkal élő ember hozzáértő szakmabeliek előtt nyilatkoztatja ki az általa megélteteket, így mint fogyatékkal élő szerző, talán mint a sok közül az egyik leghitelesebb forrás írom le tapasztalásaimat a foglalkoztatás területén. Leszögezem, hogy kizárólag a látássérültek nevében fejtem ki álláspontomat, hisz minden fogyatékos csoport más speciális problémával küzd. Mindenekelőtt különbséget kell tennem a született vakok és a gyermek- vagy felnőttkorban szerzett vaksággal élők között. A született vakoknak a teljes sötétség világa a természetes, ebben nevelkednek, szocializálódnak, így a mindennapi nehézségekből fakadó lelki gyötrelmeken túl nem élik meg az egészséges állapot elvesztésének gyászfolyamatát.

<sup>iii</sup> Jogszabályi követelmény, hogy a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján B1, C1, B2, C2, D, E besorolásba tartozzon a megváltozott munkaképességű személy.

Esetemben kamaszkoromban derült ki, hogy látóideg-sorvadásban szenvedek, amelynek végki-  
fejlete a teljes vakság. Lélektanilag rendkívül hosszú  
folyamat vezetett a beletörődés fázisáig. Kár is  
lenne hazudni, a betegséggel együtt élni lehet és  
kell, szükséges az egészséges, építő betegségtudat  
kialakítása, de azt teljes mértékben elfogadni nem  
lehetséges. Az első időben a tagadás fázisát éltem.  
Rendkívüli szégyenérzet gyötört látásromlásom  
miatt. Nehezemre esett közösségbe menni, és  
felvállalni azt, hogy mások segítségére szorulok.  
A vakok életét jelentősen megkönnyítő segédeszkö-  
zöket teljesen elutasítottam. Hamar rá kellett  
jönnöm, aligha várhatom, hogy mások elfogadjá-  
nak, segítsenek, ha önmagam elfogadására sem  
vagyok képesek. Itt kell hangsúlyozni azt, hogy nagyon  
sok látássérült a folyamat ezen szakaszában  
megreked, élete az önsajnálatra, depresszióra  
korlátozódik. Az ebben a helyzetben élőknek  
szükségük van külső segítségre, hogy a gyógyulás, a  
foglalkozási rehabilitáció útján elindulhassanak.  
Sokat lendít önmagunk elfogadtatásában a támo-  
gató környezet, család, barátok.

Ha a munka világát vizsgálom, nem lehet szépíteni,  
hogy a hazai látássérültek alulfoglalkoztatottak.  
Végzett jogászként is rendkívül nehezen találtam  
meg a helyem a nyílt munkaerőpiacon. Az állásinter-  
júk tengere nem hogy eredményre nem vezetett,  
de emellett hatalmas lelki sérülést is okozott.  
A munkáltatók mondván csinált indokaikkal elutasít-  
ottak, aminek következtében egyre nőtt bennem  
az érzet, hogy semmire sem vagyok jó. Óriási erő  
kell ahhoz, hogy a csapások sora ellenére fel tudjak  
állni, és tovább keressék helyemet a munka  
világában. Úgy gondolom, hogy az önmagunk  
elfogadtatását követően ez az a pont, amikor a  
fogyatékkal élőknek külső segítségre lehet szüksége  
a kitartás erősítésében, az önbecsülés megtar-  
tásában.

A foglalkoztatás területét nézve pályafutásom  
pozitív. Megtaláltam helyem egy szociálisan rendkí-  
vül érzékeny vezető közreműködésével a Család- és  
Gyermekegészségügyi Központban. A szociális szféra  
megtanította átértékelni az életem. A munkám  
során tapasztalt sanyarú sorsok láttán megbecsü-  
löm önmagam, könnyebben viselem a fogyatékos-  
ságból fakadó mindennapi nehézségeket, valamint  
erőt ad az, hogy tudásommal segíthetek a rászoruló  
embereken.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Álláspontom szerint a fogyatékkal élők teljes értékű  
életviteléhez, önbecsüléséhez elengedhetetlen a  
kiszámítható, rendszerszerű napirend, a munka  
útján a társadalomhoz tartozás érzete. Felmérések  
is alátámasztják, hogy a munkának terápiás hatása  
lehet. Azoknak a fogyatékkal élőknek, akik munkát  
végeznek, életminőségük jelentős mértékben javul  
a passzív, sorsuk beteljesülését otthonukban  
tétlenül váró sorstársaikhoz képest. Kiegyensúlyo-  
zottabbak, boldogabbak. Nagyobb az önbecsülésük,  
szilárdabb a lelki egyensúlyuk, optimistább a  
világképük.

Személyes tapasztalásom is az, hogy a munkavégzés  
útján teljesedik ki egy fogyatékkal élő ember élete.  
Munkavégzés közben megjelenik a társadalmi  
hasznosság, egyenlőség érzete. Mindezt alátá-  
masztják egy szintén látássérült sorstársam gondo-  
latai is: „A munka nekem a túlélésben segít. Teljes  
értékű életet szeretnék élni, mint amikor láttam, és  
ebbe beletartozik a munkavégzés is! Szociális  
munkásként, mentálhigiénés-ként dolgozom, hogy  
én segíthessek a nálam nehezebb helyzetben lévő-  
knek.” Ugyanakkor azt is le kell szögezünk, hogy  
hiába a tökéletesen kialakított jogszabályi háttér,  
ha annak alkalmazása főként a társadalmi szemlélet-  
nek köszönhetően akadályokba ütközik. Sok  
esetben nem találkozik a munkaerőpiaci kereslet és  
kínálat arra tekintettel, hogy a munkáltatók a  
kialakult sztereotípiák miatt félnek alkalmazni egy  
egészségében károsodott személyt. Nincsenek  
tisztában a munkavégzés feltételeivel, a speciális  
igényekkel, körülményekkel, ennél fogva a fogyaté-  
kkal élő esélyt sem kap arra, hogy egyáltalán az  
állásinterjúig eljusson, és a munkáltató felmérhesse  
kompetenciáit. Azok a munkáltatók, akik alkalmaz-  
nak megváltozott munkaképességű munkavállalót,  
hosszabb távú tapasztalattal rendelkeznek a  
fogyatékkal élők teherbíró képességéről és munká-  
hoz való hozzáállásáról, beszámoltak arról, hogy az  
érintett munkavállalók sokkal többet teljesítenek,  
jobban megbecsülik a munkát azért, hogy  
bebizonyíthassák értékeiket, valamint a munkára  
való rátermettségüket.

A foglalkozási rehabilitáció hatékonyabb működés-  
ében, mind szélesebb körű alkalmazásában  
meghatározó szerepet tölthetnek be az egészség-  
ügyi dolgozók, pszichológusok. Tapasztalatom az,

hogy a felnőtt korban valamilyen fogyatékoságot szerzett, vagy a születéskor öröklött, de folyamatosan romló állapotú emberek önbecsülésüket veszítettek. A fogyatékos korai stádiumában a legfontosabb feladat az egészséges, a mindennapokat előremozdító betegségtudat kialakítása, ami talán egy fogyatékos embernek a legnehezebb. Könnyen kerülünk az önsajnálathoz, depresszió stádiumába, ami nem teszi lehetővé a munkaterápia gyógyító hatásának kibontakoztatását. Talán az egészségügyi dolgozók szakértelmükkel, önfejlesztő tréningekkel, csoportos beszélgetésekkel, terápiák szervezésével mutathatják az utat a fogyatékos ember számára az elfogadás útvesztőjé-

ben. Mindenképp hangsúlyozni szeretném, hogy az illetékes személyek nyújtsanak kezdeményező kezettel a négy fal közé beszorult, lelki megerősítésre vágyó fogyatékkal élőknek, ne várják, míg bekopogtat a segítségért, mert a segítségért a lakások falai közé szorul.

Köszönetet mondok mindazon olvasóknak, akik a jelen közlemény elolvasását követően közreműködnek a megváltozott munkaképességű, egészségkárosodott személyek minél szélesebb körű foglalkoztatásának elősegítésében. Márai Sándort idézve tudom legjobban kifejezni a társadalom szemléletváltásáért vívott küzdelem célját: „Tegyünk meg mindent értük, de semmit se helyettük!”

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény

<sup>2</sup> Magyarország Alaptörvénye

<sup>3</sup> Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. A foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere. <http://fszk.hu/kiadvany/a-foglalkozasi-rehabilitacio-intezmenyrendszere/> Elérve: 2018. 09. 06.

<sup>4</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról

<sup>5</sup> Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. Fejlesztő Foglalkoztatás. <http://fszk.hu/kiadvany/fejleszto-foglalkoztatasi/> Elérve: 2018. 09. 06.

<sup>6</sup> Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. Akkreditált Foglalkoztatás. <http://fszk.hu/kiadvany/akkreditalt-foglalkoztatasi/> Elérve: 2018. 09. 06.

<sup>7</sup> 327/2012 (XI. 16.) kormányrendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200327.kor> Elérve: 2018. 09. 06.

# A HIV-pozitív nők periterminális ellátásának és szülésvezetésének korszerű szemlélete és gyakorlata

Up-to-date aspect of periterminal delivery and delivery practice for HIV-positive women

Szerzők: Tóth Szabolcs Péter<sup>a</sup>✉, Juhász Mónika<sup>b</sup>, Lipienné Krémer Ibolya<sup>c</sup>, Szlávik János<sup>d</sup>, Balogh Zoltán<sup>e</sup>, Juhász Mónika<sup>f</sup>

*a: Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, b: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, c: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, d: Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, e: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, f: Semmelweis Egyetem II. Sz. Belgyógyászati Klinika*

Beküldve: 2018. 06. 19.

doi: 10.24365/ef.v59i5.337

**Összefoglaló:** A szülészeti ellátás terén viszonylag kevés a HIV-pozitív várandósok aránya, a gondozásukban részt vevő szakembereknek azonban ismerniük kell a legújabb kezelési módokat, vizsgálati eredményeket. Jelenleg sem a szülésznő, sem a védőnő nem gondolhat önálló hatáskörön belül HIV-vel élő várandós anyát, hiszen ez az állapot a nagy kockázatú kategóriába tartozik, azonban a várandósgondozást végző szakemberek kompetenciájának folyamatos bővülése miatt elengedhetetlen az aktuális kutatási eredmények megismerése. A kutatások alapján jelentős javulások érhetők el a HIV-pozitív várandósok körében szakszerű ápolással, gondozással: a szülés, a szoptatás, ugyanolyan szép élmény lesz az anya számára, mint az egészséges várandósok esetén. Tanulmányunk célja az volt, hogy eloszlassuk a még meglévő sztereotípiákat a HIV-pozitív várandósok gondozásával, ellátásával kapcsolatban, valamint hogy felhívjuk a figyelmet az egészségügy szakemberek ismereteinek folyamatos fejlesztésére ezen a területen.

**Kulcsszavak:** várandós; szülés; szülésznő; HIV-fertőzés; AIDS-betegség

**Summary:** In the field of obstetrics, there is a relatively low rate of HIV prevalence among pregnant women, however, we still believe that the professionals involved in their care need to know the latest treatment methods and test results. Currently, midwives, and nurses can not care for mothers with HIV independently, as it belongs to the high risk category but, and we still think that due to the constantly changing competency of professionals in the field of pre-screening, it is essential to get acquainted with current research findings. Based on current research, significant improvements can be found among HIV-positive pregnant women in relation to nursing and nursing care; giving birth will be as beautiful and elevated experience for the mothers as for healthy pregnant women. The aim of our study was to dispel existing stereotypes about the care and provision of HIV positive pregnancies and to draw attention to the continuous development of health professionals' knowledge in this field.

**Keywords:** pregnant women; giving birth; midwife; HIV-infection; AIDS-disease

## BEVEZETÉS

A szerzett immunhiányos tünetegyüttest (*acquired immune deficiency syndrome, AIDS*) a Center of Disease Control and Prevention 1981. december 1-jén nyilvánította önálló betegségnek. A kórkép akkor egy igen speciális, súlyos és halálos tünetegyüttest takart, mely milliókat tartott rettegésben, és letalitásával világszerte, megjelenésétől napjainkig 70 millió fertőzöttet és 35 millió halálos áldozatot követelt.<sup>1</sup>

Az aktuális protokolláris terápiának (*highly active antiretroviral treatment, HAART*) megfelelően az AIDS kór állapot az utolsó 15 évben teljesen megváltozott, ezt már az a tény is bizonyítja, hogy a HIV-pozitivitás krónikus betegségként nyilvántartott kórképpé alakult. A gyógyszeres terápia eredményessége azt a változást is maga után vonta, hogy a HIV-fertőzött páciensek nemcsak az infektológián jelentek meg, hanem az egészségügy legkülönbözőbb szakterületein, így a szülészobán is.<sup>2</sup>

Ha egy nő megfelelő életminőséggel, újszülöttjének veszélyeztetése nélkül, elég hosszú ideig élhet ahhoz, hogy felnevelhesse gyermekét, miért ne vállalhatja egy HIV-pozitív nő, gyermeket?<sup>2(85.old)</sup> Tervezett várandósságról legyen szó vagy sem, a kismamának szüksége van védőnőre, szülész nőre és ebben a speciális esetben a nőgyógyász szakorvos mellett infektológus szakorvosra is.

E kórkép esetében a társadalomban jelen lévő legnagyobb tabuk mind megtalálhatók, ilyen a szexualitás és a gyógyszertől való függőség is.<sup>3</sup> A megfelelő egészségügyi ellátáshoz szakmailag kifogástalan tudás valamint előítéletmentes, empatikus attitűd szükséges.<sup>4</sup>

Minden embernek joga van az egészségügyi ellátáshoz. Minden szakdolgozónak kötelessége ezen ellátást nyújtani páciensei számára.<sup>3(28.old)</sup> Azonban az egészségügyben dolgozók körében sem ritka az előítéletesség és a kirekesztés. E viselkedésminták mögött sok esetben a nem elegendő szaktudás, az elégtelen kórismeret és az ebből fakadó félelem van jelen. Orvosi és szakdolgozói körökben is találkozhatunk alapvető előítéletekkel, melyek nem magyarázhatók észérvekkel, és pusztító hatásukat nem vesszük elég komolyan.<sup>3(28.old)</sup>

Magyarországon ma a sztereotípiáknak megfelelően a HIV-vel élők 80%-a fiatal férfi (*MSM: „men who have sex with men”,* férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot). Ebből kifolyólag kevesebb nőt érint a fertőzés. Évente nagyjából 5-6, detektáltan HIV-pozitív anya szül gyermeket, közülük 3-4 a fővárosban. A várandós nők HIV-fertőzöttségüket gyakran csupán nőgyógyászuknak vallják be várandósságuk kezdetekor, vagy az ellátás elutasításától való félelem miatt akkor sem.<sup>5</sup>

Bár jelenleg a szülésznő önállóan nem gondozhat HIV-vel élő várandóst, mivel ez az állapot a patológias gravititás kategóriába tartozik, a szakdolgozók kompetenciáinak növelése és a fertőzés krónikussá nyilvánítása miatt elengedhetetlen az aktuális protokolláris ellátásnak megfelelő szaktudás frissítése. Fontos megemlíteni azt is, hogy a szülésznők képzés reformja a robbanászerű tudományos és technikai fejlődés előrehaladása talán magával vonhatja a jelen állapot változását is.<sup>6</sup>

Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint a védőnők viszonylag újkeletű felhatalmazása a méhnyakrákszűrés elvégzésére és a mintavétel mozzanatainak beépítése az oktatásukba,<sup>7</sup> ami a 2017/18-as tanévtől a szülésznők képzési kimeneti követelményében is szerepel.

Még a kezelt HIV-vel élők közt is gyakoribbak bizonyos daganatos megbetegedések, ilyenek például a fej-nyaki és az anogenitális részek daganatai, így a humán papillomavírus (HPV) által okozott méhnyakrák is. Kifejezetten fontos tehát ez a védőnők által is elvégezhető prevenció intézkedés a HIV-vel élő nők számára.<sup>1(1.old)</sup>

Lehetséges, hogy egy védőnő a munkássága során soha nem találkozik HIV-pozitív várandóssal, vagy hogy csupán egyetlen ilyen várandóssággal kell foglalkoznia, de egyetlen nem megfelelő vagy elmaradt preventálás is egy gyermek fertőződésébe kerülhet, ami nem egyeztethető össze a védőnői hivatás alapjaival.

A szülésznők további szerepeit nézve megemlítendő, hogy jelentős törekvések vannak a várandósok kötelező szűréseinek olyan irányú módosítására, amelynek alapján kötelező lenne a HIV-teszt elvégzése minden várandósnak, a többi

kötelező terhességi szűrés mellett, akárcsak a transzplantációs elővizsgálatok során.<sup>8</sup>

### A HIV-FERTŐZÉS ÉS AZ AIDS STÁDIUMA

A humán immundeficiencia-vírus (HIV) a retrovírusok lentivirus genusába tartozik. A HIV reverz transzkriptáz enzimet tartalmaz, emiatt a retrovírusok családjába, ezen belül pedig hosszú inkubációs ideje miatt a lentivirus genusba sorolandó (lentus=lassú). Ebben a genusban többféle, általában csak állatokra veszélyes vírusok kapnak még helyet, az állatokra veszélyes HIV-hez nagyon hasonló vírusokat SIV-nek (simian=majom immundeficiencia-vírus), illetve FIV-nek (feline=macska immundeficiencia-vírus) nevezzük. Az embereket megbetegítő humán immundeficiencia-vírusnak két típusa van, a HIV-1 és a HIV-2. Több mint 55% különbség van e két vírus nukleinsavbázisainak sorrendjében. A HIV-2 virulenciája

alacsonyabb, mint a másik típusé, ezért földünkön a legtöbb HIV-fertőzést a HIV-1 vírus okozza.<sup>9</sup>

A vírus hatására három fő változás jelenik meg a szervezetben, amelyek egymással ellentétes, mégis egymást erősítő folyamatokat eredményeznek:

- A CD4+ lymphocyták számának folyamatos csökkenése a vérben;
- Az immunrendszer CD4-sejtszámtól független zavarai (csökkent T-sejt-válaszkészség, csökkent antigén-prezentáció, gyengébb ellenanyagválasz);
- Az immunrendszer aktiválódása, ami hozzájárul a betegség progressziójához (hypergammaglobulinaemia, aktivált CD8+ sejtek a vérben, citokinek és egyéb, immunaktivációt jelző molekulák többszörös mennyiségre emelkedése a plazmában).

A vírus nem terjed hétköznapi kontaktussal, konyhai eszközök közös használatával, közös fürdőszoba- és toilette-használattal, és rovarok sem képesek terjeszteni.<sup>9(85.old)</sup> [1. táblázat]

1. táblázat: A HIV transzmissziós útjai<sup>9(3.old)</sup>

Ondó és női nemi váladékok útján a fertőzött egyénből	A fertőzött egyén vérének vagy szöveteinek átkerülésével	Anyáról magzatra vagy újszülöttre
Hüvelybe történő heteroszexuális nemi érintkezés során nőről férfire vagy férfiről nőre	Intravénás kábítószerrelés során a közösen használt tűvel és fecskendővel	A méhlepényen át
Végbélbe történő nemi érintkezés során férfiről nőre vagy férfiről férfire	Vérátömlesztés során	A szülés során
Orális-genitális nemi érintkezés során férfiről nőre vagy nőről férfire	Vérkészítmények adagolásával	Anyatejjel
Mesterséges megtermékenyítés útján	Szervtranszplantációval	
	Egészségügyi dolgozókra, fertőzött éles eszközzel való sérülés és fertőzött vér nyálkahártyára jutása során	

Az akvirációtól kezdve különböző stádiumokra oszthatjuk a fertőzés lefolyását. Az alábbi klinikai stádiumok különíthetők el:

1. HIV-fertőzés,
2. primer/akut HIV-tünetegyüttes,
3. krónikus, tünetmentes HIV-fertőzés,
4. tünetekkel járó HIV-fertőzés,
5. kifejezett HIV-betegség: az AIDS stádiuma.

A fertőzést követően a vírus folyamatosan replikálódik. Ez a vérben lévő HIV mennyiségének folyamatos növekedését eredményezi, amire válaszként megjelenik az immunrendszer aktiválódása.<sup>9(85.old)</sup>

A primer HIV-tünetegyüttes a fertőzés első hat hetében, általában a harmadik héten jelentkezik. Tanulmányok szerint az esetek 90%-ában megjelenik, de tünetei nem specifikusak, sőt gyakran

alig észlelhetőek a hétköznapi folyamatos tevékenységei, rohanó életvitel következtében. Visszagondolva fertőződésének lehetséges kezdetére, a betegek alig néhány százaléka emlékszik a tünetek megjelenésére a már diagnosztizált betegek közül. Ha az egyén tüneteket is észlelt magán (pl. nyirokcsomók duzzanata, láz, éjszakai izzadás, hasmenés, hányás, fáradtság, gyengeségérzés, izomfájdalom, garatgyulladás, fejfájás, fénykerülés, afták és gombás fertőzés a szájban), ezek pár nap alatt, maximum 10 nap után elmúlnak, és kialakul a tünetmentes vírushordozás.<sup>9(85.old)</sup>

Ebben a stádiumban a tünetek észlelése és a fertőzés felismerése különösen fontos, mert ha már ebben a szakaszban hatékony antiretrovirális terápiában részesül a fertőzött, alacsony vírusszámmal léphet a krónikus stádiumba, ami a további stádiumok kialakulásának kitolásában fontos tényező.<sup>9(85.old)</sup>

## NŐKÉNT HIV-VEL ÉLNI

Globálisan 17,4 millió nő él HIV-vel, közülük egy adott időben 1,5 millióra tehető a várandósok száma. A fertilis korú nők közti vezető halálok a világon a HIV-hez köthető.<sup>10</sup>

A fertőzöttek túlnyomó többsége heteroszexuális úton kapja el a fertőzést, így pl. Afrikában a várandós nők 60%-a is fertőzött lehet.<sup>9(85.old)</sup>

1985-től 2016-ig 343 nőről derült ki HIV-fertőzöttsége Magyarországon. Az utóbbi években, évente mintegy 20-20 újabb nőbeteget verifikáltak. Náluk általában a fertőzés későbbi stádiumában kerül sor a diagnosztizálásra, vagy akkor, amikor újszülöttjük tünetei utalnak az anya fertőzöttségére.<sup>11</sup>

Bár szignifikánsan kevesebb problémával kell szembenéznük a korszerű kART-ot szedő nőknek, mint azoknak, akik 8-10 évvel ezelőtt részesültek HIV-ellenes terápiában, egyes élethelyzetekben mégis több kihívás éri őket, mint a nem HIV-fertőzött nőket. Jellemzően a várandósság és a szülés kapcsán kell a státuszuk okozta nehézségekre számítani, ezenkívül arra is, hogy a HIV-fertőzés miatt fokozódik a kockázata egyes betegségek – például a méhnyak laphámkarcinómája – kialakulásának.<sup>12</sup>

A női szerepek mindegyikét befolyásolja a fertőzés. A munkahelyen akár vezető akár alkalmazotti

beosztásban is szorongással töltheti el a nő egészségügyi státuszának esetleges kiderülése. A rizkócsoportokba való besorolás, stigmatizáció mindenütt jelen van, és ha ez a munkahelyen is megtalálható, akár egzisztenciális válságot is kialakíthat az egyén életében. „Nem mondhatom meg az igazságot. Ha megtudnák, hogy HIV-pozitív vagyok, azonnal elbocsájtjanának. Az AIDS rosszabb, mint a rák. A rákost sajnálják, tőlünk undorodnak, minket megvetnek.”<sup>13</sup>

A HIV-fertőzéssel élő munkavállaló a jelenlegi álláspont alapján ugyanannyira alkalmas a munkavégzésre, mint bárki más, kivéve a szűrő- és vágóeszközök használatával, nagy testüreg megnyitásával vagy vérzéssel járó egészségügyi tevékenységeket.<sup>14</sup>

A várandósok egészséges újszülöttre vágnak, könnyű és gyors szülést szeretnének, olyan közegben, amely háborítatlan és elfogadó. Egy HIV-vel élő nőnek ezek az elvárások, kívánalmak még több aggodalommal társulhatnak, hiszen alapvető kérdésként már abban döntenie kell, hogy elég bizalom fűzi-e orvosához ahhoz, hogy elárulja neki státuszát. Aggodalmat jelent a baba egészsége, a saját egészsége, az egészségügyi dolgozók esetleges empátiahiánya és előítélete, a megváltozott élethelyzettel járó szokásos aggodalmakon kívül.

## A MAGZAT ÉS AZ ÚJSZÜLÖTT FERTŐZŐDÉSE

A három lehetséges vírusátadási út a transzplacentáris, a szülés közbeni és az anyatejen át történő. A transzplacentáris fertőződés konkrét időpontja és kiváltója nem teljesen tisztázott, már a graviditás első heteiben megfertőződött magzatot is találtak, így a placenta előregedésének logikája nem feltétlenül állja meg a helyét.<sup>9(85.old)</sup> Valószínűleg maga a placenta fertőződhet meg a vírussal, hiszen a placenta gyulladással jelei a fertőződés valószínűségét fokozzák. A transzmisszió előfordulásánál az anyai vírusterheltség (*viral load*) a mérvadó.

A fertőzések nagy része (20-30%-a) azonban a szülés közben alakul ki. Lényegesen nagyobb az átvitel esélye, hiszen a vírus rákerülhet a magzat nyálkahártyájára, és ott van jelen először esély az anyai vérrel való találkozásra is. Ezenkívül pedig fontos szerepe van a magzataburok-repedés és a



születés közt eltelt időnek, amely ha 4 óránál hosszabb, jelentősen növekszik a fertőződés esélye. Az anyatejjel való átadás a fejlődő országokban jellemzőbb, a kombinált antiretrovirális terápiával kezelt kismamák tekintetében az esély elenyészően kicsi, így elméletben a kolosztrum nagyobb vírusszáma sem jelent különösebb veszélyt a babára.<sup>9(85.old)</sup>

Ugyanakkor pszichés frusztráltságot jelent maga a gyógyszer-alkalmazás is, hiszen a legtöbb kismama próbálja távol tartani magát a gyógyszeres kezeléstől várandóssága alatt.<sup>15</sup>

Mikor megszületett az újszülött, kardinális kérdéssé válik táplálása. A legjobb táplálék a baba számára az anyatej. Ugyanakkor a vertikális transzmisszió megakadályozása érdekében a baba anyatejjel táplálása nem ajánlott a terápiában részesülő HIV-fertőzöttek esetében sem.<sup>12(5.old.)</sup>

Bár itthon a tápszerrel való ellátottság nem jelent akkora problémát, mint a fejlődő országokban, a társadalom, a közvetlen család hozzáállása és a női szerepben beállt kudarc és büntudat érzése az anyatejes táplálás kihagyását illetően akár depresszióhoz is vezethet. Afrika egyes országaiban azt a nőt, aki nem táplálja gyermekét rögtön anyatejjel, HIV-fertőzöttnek bélyegzik, és még tettelegességig is fajulhat a helyzet, akár beigazolódik a gyanú, akár nem.<sup>16</sup>

A fejlődő országokban, ahol terápiához nem mindenki juthat, óriási problémát jelent az anyatej elhagyása, mert bár a transzmisszió szempontjából előnyös, nagyobb a veszélye a baba kiszáradásának vagy valamely más fertőzés akvirálásának, amely halálos kimenetelű is lehet. A nekrotizáló enterocolitis is gyakoribb az anyatej protektív és enterális immunrendszert kialakító faktorainak hiánya esetén. Így ezekben az országokban a megfelelő felvilágosítás és oktatás mellett a pasztörizálás technikáját ajánlják az anyáknak tejük vírusmentessé tételére.

Ha 30 percen át 56 °C-os vízbe állított üvegben hőkezeljük az anyatejet, az összes vírus elpusztul benne, míg az értékes tápanyagok és immunglobulinok megmaradnak. Emellett pedig több tényező befolyásolja a veszélyt, pl. mastitis fennállása vagy a mellbimbón, a baba szájában lévő sebek. A kizárólagos (sem más táplálék, sem víz) anyatejes táplálás csökkenti a vírusátadás esélyeit.<sup>17</sup>

Az anyatejes táplálással nagyjából 30-38% az esélye a vírus átadásának, ha az anya nem szed HIV-ellenes

gyógyszereket. A kART 2%-ra csökkenti ennek az esélyét minden nemű mama-baba transzmisszióra is érve.<sup>12(5.old.)</sup>

Pár éve Magyarországon is bevett gyakorlat, hogy az ismert HIV-pozitív, kART-ban részesülő kismamát nem ajánlott profilaktikus császármetszésben részesíteni, ha a vírusszáma határérték alatti mind a várandósság mind a szülés ideje alatt. A körülmények között beállított terápia nem jelent veszélyt a magzatra, és nem hajlamosítja rendellenességekre, ugyanakkor egyes szakirodalmak szerint, általában magasabb a koraszülés esélye, arányuk a következőképp alakul: 37 hétnél rövidebb gesztációs idő 13%, ezen belül 32 hétnél rövidebb 23%.

Amennyiben a kismamáról már várandóssága ideje alatt derül ki fertőzöttsége, a 14. hétig nem ajánlott a kART elkezdése. De minden terápiás beavatkozásról a nő dönt, az orvos csupán a megfelelő tájékoztatásért felelős. A legtöbb információt a zidovudin nevű nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorral kapcsolatban birtokoljuk az összes szer közül, így ezt a vegyületet mindegyik kombinációnak ajánlott tartalmaznia a várandósoknál. Emellett pedig a végleges, verifikált diagnózisig az újszülöttet ajánlott 4-6 héten át zidovudin sziruppal profilaxisban részesíteni.

Az újszülött továbbá PCP (*pneumocystis carinii*/*jirovecii pneumonia*) elleni védelemre is szorul a negatív státusz beigazolásáig. Pozitív teszt esetén további egy éves korig alkalmazandó a PCP-profilaxis.<sup>12(5.old.)</sup>

Emellett pedig tbc elleni immunizálást és minden élő vakcinával történő oltást szintén a negatív diagnózisig halasztani kell.<sup>9(85.old)</sup>

A magzati korban fertőződött babák második életnapján már kimutatható a vírus, míg a szülés vagy szoptatás alatt megkapott fertőzés a 6. hét előtt csupán PCR-technikával mutatható ki, 50%-os bizonyossággal.<sup>9(85.old)</sup>

A HIV-pozitív gyermekek ellátása 1989 óta a Szent László Kórházban működik. A HIV-vel élő anyák újszülöttjeinek szűrése is itt történik. 2005 és 2015 között 35 újszülöttet vettek gondozásba, akik közül szinte mindegyik HIV-negatívnak bizonyult.<sup>2(85.old)</sup>

A kezdetektől kezelt gyermekek száma 2015-ben 10 volt, közülük 9-en kaptak specifikus terápiát, és 8-an tartósan vírusmentesek. Évente egy-két eset kerül felismerésre, de becslések alapján ennél jóval több HIV-pozitív gyermek lehet az országban.<sup>2(85.old)</sup>

## PREVENCIÓ

A HIV-expozícióhoz kapcsolódó prevenciók kezelését pre- és posztexpozíciós profilaxisra oszthatjuk. A preexpozíciós profilaxis (PrEP) a fertőzés kivédésére szolgál HIV-negatív embereknél egy, a HIV-fertőzés terápiájában is alkalmazott gyógyszer-csoporttal. Európában prevenciók célokra használhatónak nyilvánították, a biztonságos szexualitás melletti alkalmazással. Elsősorban a rizikócsoportba tartozó egyének számára ajánlották 2015-től ezt a fajta megelőzési módszert. A poszt-expozíciós profilaxis (PEP) HIV-fertőzött vérrrel szennyezett sérülések, vágás, tűsérülés stb. esetén használatos terápia, az elsődleges sebellátást követően 4-72 órán belül alkalmazandó.<sup>12(5.old.)</sup>

Fertőzött vérrrel szennyezett sérülések, vágások és tűszúrások esetén a fertőződés esélye kb. 0,3-0,5%, ez a kockázat függ a seb mélységétől, a tű nagyságától és a fertőzött egyén vérének víruskoncentrációjától. Egyes kutatások szerint ép nyálkahártyával érintkező fertőzött vér esetén a fertőzés átvitelének esélye 0,09%.<sup>12(5.old.)</sup>

A tünetegyütteseket a kombinált antiretrovirális terápia 1995-ös megjelenése előtt kizárólag tünetileg kezelték, azt követően azonban hatékony terápia állt rendelkezésre. Ez a kezelés eleinte még rengeteg mellékhatást, bonyolult szedési rendet, alkalmanként több tablettát bevitelét jelentette. Fokozatosan jelentek meg az egyre hatásosabb és jobb compliance-t biztosító szerek. Ma már napi egyetlen tablettával akár három támadásponton is ható gyógyszereket szednek a fertőzöttek, ami vírusszámukat a kimutatható mennyiség alá csökkenti.<sup>2(85.old.)</sup>

Jelenleg a kezelés a budapesti Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet Infektológiai Osztályán kívül három decentrumban (Miskolcon, Pécsen és Debrecenben) történik. A 100%-os támogatás miatt a pácienseknek csupán dobozdíjat kell fizetniük gyógyszereikért.<sup>12(5.old.)</sup>

## ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunk célja az volt, hogy bemutassuk a HIV-vel élő szülők ápolásának, gondozásának, terápiájának legújabb változásait az elmúlt évtizedekhez képest. Bizonyosságot nyert, hogy a HIV-vel élő nők szülésére jelenleg semmilyen különleges intézkedés, irányelv nem vonatkozik, és nem is áll rendelkezésünkre, új jogszabályok nem születtek. A családalapítási szándék a kezdeti terápia megtervezésekor fontos tényező; gyógyszer-kombináció váltása indokolt lehet, ha már eleve szedett HIV-ellenes kombinációt a HIV-vel élő nő, ugyanakkor már meglévő várandósság esetében a gyógyszerváltás kockázattal jár, így a fertőzés átvitelének megakadályozása érdekében gyógyszerváltástól ebben az esetben általában eltekintenek. Mindenfajta terápiával kapcsolatos döntést kizárólagosan a kismama hozhat meg, így a mindenre kiterjedő tájékoztatás után az egészségügyi szakembereknek ezt a döntést maradéktalanul el kell fogadniuk.<sup>12(5.old.)</sup>

## JAVASLATOK

A betegség primer prevenciója különösen fontos a nők vonatkozásában, mert egy nő, egy anya érintettsége a kórbán az egész család egyensúlyát erősen kibillentheti, a családot krízisbe sodorhatja. A fiatalok, elsődlegesen a fiatal lányok számára érdemes lenne egy olyan tananyagot összeállítani – vagy akár egy ahhoz hasonló<sup>18</sup> kézikönyvet készíteni –, mint amelyet a családalapítás, a szülésre felkészítés során már sikeresen használtak, amely a résztvevők aktivitására és a programozott oktatás elveire épülő programhoz<sup>19,20,21</sup> hasonló speciális, releváns, korszerű ismereteket tartalmaz. Az egészségügyi szakembereken túl a primer prevenciók szabadidős programok megvalósítására kötelezett szociális és gyermekvédelmi szakembereket<sup>22,23</sup> is érdemes a munkába bevonni, más témákhoz hasonlóan,<sup>24</sup> velük együtt, közösen dolgozni.

Továbbá javasoljuk, rendszeres továbbképzések szervezését a legújabb kutatások, a gyógyszeres terápia és a prevenció területén az egészségügyi dolgozók számára.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Egyesített Szent István és Szent László Kórház. AIDS világnapi szakmai nyílt nap. [Brosúra]. Budapest, 2017.
- <sup>2</sup> Egyesített Szent István és Szent László Kórház. III. Nemzeti AIDS Konferencia. [Brosúra]. Budapest, 2015.
- <sup>3</sup> Táncos GE. () HIV fertőzöttek gondozása napjainkban Magyarországon. Szakdolgozat, SE Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, 2017.
- <sup>4</sup> Buda B. Empátia - A beleélés lélektana. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 2012.
- <sup>5</sup> Szlávik J. HIV-fertőzöttek ellátása és korszerű terápiája Magyarországon. In press. 2017.
- <sup>6</sup> Juhász M. A HIV-pozitív nők periterminális ellátása és szülése Magyarországon a szülész- és védőnő hallgatók empátiájának tükrében. Szakdolgozat, SE Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, 2018.
- <sup>7</sup> 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról. [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=84519](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=84519) Elérve: 2018. 06. 10.
- <sup>8</sup> Bereczky T, Kováts V. Útikalauz HIV és más nemi úton terjedő betegségek teszteléséhez és tanácsadáshoz. [Füzet]. Alternatíva Alapítvány, Budapest, 2016.
- <sup>9</sup> Bánhegyi DD, Tóth F, Füst Gy. HIV-fertőzés – AIDS. Budapest, Melania Kiadó Kft., 2002.
- <sup>10</sup> Leyva-Moral JM, Piscoya-Angeles PN, Edwards JE, et al. The Experience of Pregnancy in Women Living With HIV: A Meta-Synthesis of Qualitative Evidence. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017;28(4). doi:10.1016/j.jana.2017.04.002
- <sup>11</sup> Országos Epidemiológiai Központ. Epiinfo. Országos Epidemiológiai Központ. Budapest, 2017.
- <sup>12</sup> Szlávik J, Lakatos B, Bánhegyi D, et al. HIV betegek diagnosztikus és terápiás protokollja. In press. 2017.
- <sup>13</sup> Gyarmathy A (szerk.). AIDS – tények és előrejelzések a legújabb kutatások tükrében. NEFELEJCS AIDS Megelőzési és Szexedukációs Alapítvány, Budapest, 1996.
- <sup>14</sup> Stutterheim SE, Brands R, Baas I, et al. HIV Status Disclosure in the Workplace: Positive and Stigmatizing Experiences of Health Care Workers Living with HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017;28(6):923-937. doi:10.1016/j.jana.2017.06.014
- <sup>15</sup> Carmel K, Alderdice F, Lohan M. Psychosocial challenges of testing positive for HIV during pregnancy. *British Journal of Midwifery* 2009;17(2):76-81. doi:10.12968/bjom.2009.17.2.39375
- <sup>16</sup> Chivonivoni C, Ehlers VJ, Roos JH. Mothers' attitudes towards using services preventing mother-to-child HIV/AIDS transmission in Zimbabwe: an interview survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(11):1618-24. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.04.002
- <sup>17</sup> Minnie CS, Greeff M. The choice of baby feeding mode within the reality of the HIV/AIDS epidemic: health education implications. *Curationis*. 2006;29(4):19-27. [http://www.academia.edu/3863095/Minnie - The choice of infant feeding mode within the reality of the HIV AIDS epidemic](http://www.academia.edu/3863095/Minnie_-_The_choice_of_infant_feeding_mode_within_the_reality_of_the_HIV_AIDS_epidemic) Elérve: 2018. 10. 29.
- <sup>18</sup> Soósné Kiss Zs. A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve. General Press, Budapest, 2014.
- <sup>19</sup> Soósné Kiss Zs. Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben. *Egészségnevelés*. 2002;43(6):276-9.
- <sup>20</sup> Soósné Kiss Zs. Egy speciális szülésre felkészítő modell módszertani elemeinek bemutatása. *Egészségfejlesztés*. 2006;47(3):11-4.
- <sup>21</sup> Soósné Kiss Zs. Ergebnisse des Programms „Vorbereitung auf aktive Elternschaft”: Werdende Eltern Erfolgreich schulen. *Pflegezeitschrift*. 2009;62(5):268-9.
- <sup>22</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és ellátásról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV> Elérve: 2018. 06. 07.
- <sup>23</sup> 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700031.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV) Elérve: 2018. 06. 06.
- <sup>24</sup> Soósné Kiss Zs. Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. *Nővér*. 2002;15(5):7-10.

## A születés hete másodszor Vácott

Week of „nativity” for the second time in the town of Vác

Szerzők: Klinger Mária ✉

*Jótevők Háza Alapítvány*

Beküldve: 2018. 10. 19.

doi: 10.24365/ef.v59i5.369

**Kulcsszavak:** perinatális egészségügy; várandósság; szülés; szoptatás; gyermeknevelés

**Keywords:** perinatal health care; pregnancy; childbirth; breastfeeding; child rearing

A születés a világ legnagyobb csodája. Nagyon sok információ áramlik a leendő anya felé, hogy a várandósság alatt milyen készítményeket szedjen, hogyan étkezzon, milyen szülésfelkészítő és egyéb programokra járjon, továbbá hogyan gondozza gyermekét a szülés után. Éppen ezért jött létre 2017-ben Vácra az a kezdeményezés, hogy a Születés hete című, 2003 óta futó országos programsorozathoz csatlakozva, releváns és hiteles információkhoz juthassanak a kismamák és a kisgyermeküket nevelő szülők. A négynapos programsorozat 2018. október 10-én második alkalommal került megrendezésre Vác Város Önkormányzat Szociális Szolgáltatások Háza, illetve az intézmény alapítványa, a Jótevők Háza Alapítvány közös szervezésében a Madách Imre Művelődési Központ Maklári termében. A fókuszban elsődlegesen a várandóssággal, a szüléssel, a csecsemőgondozással és a kisgyermekneveléssel kapcsolatos előadások, interaktív beszélgetések és műhelytalálkozók álltak. Több mint 30 program került megrendezésre, amin átlagosan 15-20 anyuka vett részt gyermekével együtt.

A rendezvényt Sellyei Imre, a Szociális Szolgáltatások Háza igazgatóhelyettese, illetve Klinger Mária, a Jótevők Háza Alapítvány kuratóriumi elnöke, a rendezvény helyi főszervezője, továbbá Miskovics-Kobza Zsuzsanna a Születés hete országos koordinátora nyitotta meg. Utána nagyon sok anyuka vett részt babájával és kisgyermekével Hertel Szilvia foglalkozásán, amin a 0-3 éves korú babák,

kisgyermek és szülei játékosan ismerkedhettek meg a magyar néptánc alapmozdulataival.

Az utána következő szakmai előadásokon az érdeklődő anyukák mellett többek között nagy számban jelentek meg a környék területi védőnői és szociálpedagógusai, illetve az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Csecsemő- és Kisgyermeknevelő szakának hallgatói, továbbá a Pivár Ignác Általános Iskola és Speciális Szakiskola háztartástanképzés diákjai.

Az első napon Miskovics-Kobza Zsuzsanna dúla, szülésfelkészítő és párkapcsolati tanácsadó tartott interaktív előadást az apás szülés párkapcsolatra gyakorolt hatásáról, illetve Gurdon Katalin klinikai szakpszichológus szülésfeldolgozó csoportos bemutatóján osztotta meg saját tapasztalatait.

A szülésfeldolgozó csoport célja, hogy segítsen a szülés körüli pozitív és negatív tapasztalatok megértésében. A csoport tagjai a hasonló élmények megosztásával és meghallgatásával támogathatják egymást a saját megélések érzelmi feldolgozásában. Ez segíthet a következő gyermek vállalására való felkészülésben is. A csoport évente kétszer gyűlik össze a váci Átjáró Mentálhigiénés Irodában. A csoportbemutató hívogató volt a novemberi hasonló eseményhez.

A kisgyermekneveléssel kapcsolatos előadások közül kiemelkedett Stefankovics Éva klinikai szakpszichológus interaktív beszélgetése a szeparációs szorongás, testvérféltékenység, dackorszak és a szülői és párkapcsolati szerepek összeegyeztetése témában. Dr. Marton Anita házi gyermekorvos a

lázcsillapítás mai irányelveiről adott elő. Kuklisné Greff Ildikó területi védőnő az óvodai fejtetűvizsgálatok fontosságát és a tetvesség kezelési lehetőségeit mutatta be. Bencze Éva mentálhigiénikus a gyermeknevelés mindennapi stresszhelyzeteiről és azok kezeléséről, illetve a feszültségoldó technikákról beszélt. Katona Péter gyógypedagógus az alapozó terápia szerepét mutatta be az iskolai beválással kapcsolatban.

Erdélyiné Kedves Ágota szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens az alvásról, altatásról és az egyúttalvással kapcsolatos félelmekről beszélt. Jindáné dr. Labádi Gabriella babajelbeszéd-oktató bemutatta a babajelbeszéd módszerét, amely segíti a gyermekek nyelvi, kognitív és érzelmi fejlődését, illetve erősíti a szülő-gyermek kötődést. Bojtos Tünde pszichológus előadásában arról beszélt, hogy milyen a jó mese, illetve hogyan és milyen formában meséljünk gyermekeinknek.

A városban működő ökoóvodát vezetője, Nemes Sarolta mutatta be. Az óvoda nevelési programja nagy hangsúlyt helyez a gyermekek környezettudatos nevelésére.

A szakmai programok során Kanizsai Nagy Ildikó pszichológus az autizmus korai felismeréséről beszélt. Schulcz Noémi gyógypedagógus a szülő, az óvodapedagógus és a gyógypedagógus szerepét mutatta be az eredményes iskolakezdésben. Welker Judit logopédus az óvodai beszédfejlődésről tartott előadást. Haraszi Hedvig gyógytornász a

csecsemőkori mozgásfejlődés ortopédiai vonatkozásaira és azok kezelésére hívta fel előadásában a figyelmet, kiemelten a hanyag tartásra, a gerincferdülésre és a lúdtalpra.

Az alternatív kezelési módszerek közül Polgár Ágnes haladó Bowen-alkalmazó a Bowen-terápia babákkal és mamákkal kapcsolatos eredményeit mutatta be. A Bowen-kezelés lényege, hogy a test különböző részein elvégzett speciális mozdulatokkal újrahangolja az agyban a kikapcsolt vagy rosszul működő idegpályákat, feszültségmentesít és enyhülést ad.

A szabadidős babás programok közül Faludi Szilvia zenebölcsije, a Váci Bodza Műhely énekes foglalkozásai és baba-mama tornája, Stefankovics Éva hordozókendő-bemutatója, a Helen Doron-féle játékos angol foglalkozás, illetve Kurucz né Csizék Ildikó jógaoktató szülés utáni regeneráló és baba-mama jógaja vonzotta leginkább az anyukákat.

A szombati nap a várandósoké volt. A szakmai előadásokat Kuklisné Greff Ildikó területi védőnő kezdte, aki a várandósság alatti védőnői vizsgálatok közül kiemelte a terhességi toxémia szűrését, ami még sajnos napjainkban is növelheti az anyai halandóságot. Dr. Székely Zsófia pszichológus doktori disszertációjának eredményeit mutatta be, amiben a segítő kapcsolat fontosságát járta körül a vajúadás és a szülés során. A kismamák relaxálását Kurucz né Csizék Ildikó mentálhigiénés szakember, dúla és jógaoktató várandós jógaja segítette.



Dr. Pilling Martina szoptatási tanácsadó először bemutatta, hogy mivel tud segíteni az kismamáknak a várandósság során a szoptatásra való felkészüléssel, az otthoni családi tanácsadással szoptatási nehézségek esetén, illetve szoptatást támogató csoportok vezetésével. Az előadásában igyekezte megmutatni, hogy a szoptatás nem csak egy táplálkozási forma, hanem sokkal több: altatásra, fájdalomcsillapításra és vigasztalásra is használhatják az édesanyák. A sikeres szoptatáshoz nagyon fontos a jó kezdet, az aranyóra, a bőrkontaktus, de nem csak a szülőszobában, hanem később az újszülött osztályon, illetve otthon is. Az előadás része volt egy filmvetítés is: Dr. Jack Newman, világhírű szoptatási szakember oktató filmje, amiben lehetőség volt megismerni a három leggyakoribb szoptatási nehézséget és az ilyenkor legjobban működő megoldásokat: nem megfelelő tejtermelődést, fájdalmas mellbimbót és a mellet elutasító babát.

A szülésre való felkészüléssel kapcsolatban három szakember különböző szemléletéből kaphattunk ízelítőt. Polacsek Gabriella, a váci Jávorszky Ödön Kórház szülésznője a kórház adta új lehetőségekről beszélt a szülés és a gyermekágy kapcsán. A szülésznő fontosnak tartja, hogy biztonságos kórházi körülmények között is meg lehet teremteni a háborítatlan szüléshez szükséges körülményeket. Az alternatív fájdalomcsillapítás lehetőségeiről Kiss-Németh Anita dúla és szülésfelkészítő beszélt. A szülésfelkészítő lehetőséget ad az anyáknak, hogy felfedezhessék a szülés természetes és örömteli oldalát. Nagyon fontos, hogy a nők megértsék, mi történik egy normális, élettani szülésnél, ehhez pedig megnyugtató, világos információk kellene, amelyek segítenek eloszlatni a félelmek nagy részét. Dömötös Rita, „KG” hipnoszülésre felkészítő szakértő a hipnoszülést mutatta be, amely által

olyan relaxációs, vizualizációs technikákat tanulhat meg a szülő nő, amelyek csökkentik félelmeit, és enyhítik a züléssel járó kellemetlen élményeket. Ugyanakkor a módszernek csak az egyik része, hogy a nő elsajátítja az önhipnózis módszerét, a mély relaxálást, illetve a különféle légzőtechnikákat, a másik fontos része a kísérő vagy a társ bevonása, ezért ennek a személynek a szülés előtti teljes felkészülése is szerepel a programban.

A rendezvényt színesítette, hogy biogazdálkodásból származó sárgarépa, alma és sütőtök várta az éhes babákat és anyukákat. Minden nap délután értékes nyereményeket lehetett nyerni a tombolahúzás során. A kiállítóknál pedig a városi gyermekes foglalkozásokkal, illetve mentálhigiénés szolgáltatásokkal, alternatív csecsemőgondozási lehetőségekkel, mosható pelenkákkal, étrend-kiegészítő termékekkel ismerkedhettek meg az érdeklődők, illetve lehetőség volt horgolt és használt játékok megvásárlására is. Továbbá Galisz Virág fotóművész szülésről készült fotókiállítását is megtekinthettük. A szerdától szombatig tartó programsorozat legszebb pillanatairól remek fotók készültek, melyeket a Váci baba-mama és várandós klub Facebook-oldalán lehet megtekinteni.

A programsorozat nem titkolt célja volt az is, hogy olyan közösségi teret hívjon életre, ahol a leendő anyukák a kisgyermekes anyukákkal ismerkedhetnek, és nyíltan oszthatják meg egymással érzelmeiket és tapasztalataikat. Öröm volt látni, hogy milyen barátságok és támogató kapcsolatok születtek. Ezúton szeretnénk megköszönni a részvételt minden kedves érdeklődőnek, kismamának, babának, várandósnak, szakembernek és kiállítónak, hogy megjelenésükkel megtisztelték programjainkat. Találkozunk jövőre is!



## Ártó-Védő Társadalom Konferencia 2: Szülés és születés

### Harmful-Protective Society Conference 2: Childbearing and Birth

Szerző: Lukács J. Ágnes ✉  
*Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar*

Beküldve: 2018. 06. 11.  
doi: 10.24365/ef.v59i4.328

**Kulcsszavak:** egészségpszichológia; egészségpszichológia; szülés; család; koraszülöttek

**Keywords:** health sociology; health psychology; birth; family; prematurity

Az Ártó-Védő Társadalom Konferenciát először 2017-ben rendezték meg a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszéke, az Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézete, valamint az Egészségügyi Közzolgálati Kar Mentálhigiéné Intézete közös szervezésében.

A találkozó Losonczy Ágnes 1989-ben megjelent könyvéről kapta nevét, amely hazánkban úttörő módon hívta fel a figyelmet az egészség társadalmi meghatározottságára. Az országos konferenciasorozat célja, hogy fórumot teremtsen az egészség és társadalom kapcsolódásaival foglalkozó kutatók és kutatások számára. A rendezvény keretei lehetőséget adnak az egészségpszichológia, az orvosi szociológia és az ezek határterületein születő legújabb vizsgálati eredmények bemutatására, reflektorfénybe helyezve az egészség szociális, mentális és lelki dimenzióját. Fontosnak tartjuk továbbá, az egészségügyi szakemberek képzésével kapcsolatos oktatási tapasztalatok megosztását és diskurzus kialakítását a legújabb generációk hivatásra nevelése érdekében.

A találkozó kiemelt célkitűzései között szerepel a valódi párbeszéd megteremtése a társadalomtudományok, valamint az orvos- és egészségtudomány között, ezért a szervezők kezdeményezték az Állami Egészségügyi Ellátó Központnál a konferencia szabadon választható továbbképzésként való

minősítését a szülészeti ellátás, a védőnői, valamint a gyermekápolás és gondozás szakmacsoportba tartozó egészségügyi szakdolgozók részére (SZTK-A-29327/2018).

Az idei konferencia a „szülés és születés” kérdéskörét állította fókuszba, amely a tavalyi találkozó egyik legnépszerűbb szekciótémájának bizonyult. A rendezvényre 32 felsőoktatási-, valamint egészségügyi intézményből, kutatóhelyről és civil szervezetből közel 80 meghívott érkezett.

A résztvevők összetételén túl a plenáris előadásokban is megjelent a konferencia interdiszciplinaritása. Dr. Kapitány Balázs demográfus, a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének munkatársa előadásában a hazai átalakuló gyermekvállalási mintázatokat vázolta, valamint a Kohorsz'18 vizsgálat célkitűzéseit ismertette, amely ez előbbi demográfiai folyamatoknak az empirikus leírására vállalkozik egy nagymintás, longitudinális vizsgálaton keresztül. Dr. Varga Katalin pszichológus, az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Affektív Pszichológia Tanszékének vezetője, a szülészeti rutinbeavatkozások távolhatásait mutatta be, különös tekintettel a szintetikus oxitocin, az epidurális érzéstelenítés, valamint a császármetszés kötődésre gyakorolt befolyását elemezve. Dr. Nádor Csaba újszülött-gyógyász, gyermekgyógyász, az MH EK Honvédkórház Perinatális Intenzív Centrumának vezetője előadásában a

koraszülöttek, azaz a „méhen kívüli magzatok” egészséges fejlődéséhez szükséges intézményi feltételekről beszélt, kiemelve ebben a folyamatban a családok esszenciális szerepét.

A plenáris előadásokon kívül az absztrakt pályázatok nyomán összesen 34 előadás került a konferencia programjába. Három szekció a szülés és születés témakörét járta körül, amelyekben az abortusztól és meddőségtől kezdve, a szülés körülményeivel és minőségével kapcsolatos kvantitatív és kvalitatív elemzések, pszichológiai megközelítések, a szülészeti ellátórendszerben rejlő korlátok és lehetőségek feltárása, illetve a különböző kisebbségi csoportok szülési szokásait bemutató antropológiai beszámolók is helyet kaptak. A család szekcióban az előadások a 21. századi családok kihívásait, kríziseit járták körül, „A „védők” egészsége” című szekcióban pedig

a családokkal foglalkozó szakemberek, elsősorban a koraszülöttekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók helyzetéről számoltak be az előadók. A poszter szekcióban a konferencia témájához kapcsolódó rövid kutatási beszámolók jelentek meg.

A rendezvényen elhangzott előadások kivonatát is tartalmazó, ISBN számmal ellátott absztraktkönyv elérhető és letölthető a konferencia [honlapjáról](#).

A következő eseményt 2020-ra tervezzük, bízva abban, hogy az Ártó-Védő Társadalom Konferenciák tovább erősítik a szakmai és kutatási együttműködések, és lehetőséget teremtenek a valódi interdiszciplináris konzultáció megvalósítására.

Ezúton is szeretnénk megköszönni a Végeken Egészséglélektani Alapítvány támogatását a konferencia létrejöttében!



## Az ERGO hangsúlya a Családok Évében: a kötődés életető erő

The emphasis of ERGO Organization in the Year of the Family:  
bonding is a life-giving force

Szerzők: Ékes Ilona ✉, Varga Gabriella  
ERGO – Európai Regionális Szervezet

Beküldve: 2018. 10. 19.  
doi: 10.24365/ef.v59i5.366

**Kulcsszavak:** ergo; creighton; teenstar; szülés; szoptatás; családok éve

**Keywords:** ergo; creighton; teenstar; birth; breastfeeding; year of the family

Csalásban élni jó, szülőnek, nagyszülőnek lenni jó, a gyermek jövedele az anyának, az apának és a társadalomnak egyaránt áldás – de hogy ez valóban így legyen, azért tennünk, dolgoznunk kell: hozzá kell segítenünk önmagunkat és egymást a biztonsághoz, kiegyensúlyozottsághoz, egészséghez és boldogsághoz, az élet egészéhez nélkülözhetetlen kötődések kialakulásához, megerősítéséhez. Erre hívta fel a figyelmet 2018-ban, a Családok Évében és a Külhoni Magyar Családok Évében konferencia-, illetve pódiumbeszélgetéssorozatával az ERGO – Európai Regionális Szervezet, és nemcsak felhívta a figyelmet, hanem segítséget is nyújtott ehhez: a TeenSTAR nemzetközi szexualpedagógiai személyiségfejlesztő program, a természetes családtervezést segítő Creighton Model Módszer és NaProTechnológia megismertetésével, valamint a háborítatlan szülés, szoptatás és az ennek révén kialakuló kötődés fontosságának hangsúlyozásával.

A tizenegy éves múltú, budapesti székhelyű ERGO – Európai Regionális Szervezet 2018-ban, az Emberi Erőforrások Minisztériuma által meghirdetett Családok Évében és a Nemzetpolitikai Államtitkárság által ehhez kapcsolt Külhoni Magyar Családok Évében kiteljesítette az elmúlt évekből *Áldás, népesség* néven ismertté vált programját, mely azon alapszik, hogy a lelki szükségletet jelentő kötődések alapfeltételei a gyermek boldogságra képes, egészséges fiatallá, majd felnőtté válásának.

Az egészséges kötődéskialakulás érdekében fontosnak tartjuk már serdülőkorban megkezdeni a szülővé válásra való felkészítést, ehhez kapcsoljuk a természetes családtervezést, majd a háborítatlan szülés és szoptatás fontosságát. Ezt a folyamatot tartjuk a kötődéskialakulás alapjának. Kötődésre pedig azért van szükségünk, mert e nélkül nem lehet élni. Ez adja a biztonságot az életben, ez tesz képessé a kiegyensúlyozottságra. A kötődés épp olyan szükséglete a léleknek, mint a testnek az élelem, a víz vagy a levegő. Ennek a kérdéskörnek a gyökereit taglalta *Kötődés – az Éltető Erő* című konferenciasorozatunk az év első felében Szolnokon, Miskolcon, Egerben, Békéscsabán és Budapesten, az év második felében pedig a Kárpát-medence különböző területein, elsőként Székelyföldön.

### TEENSTAR – ÚT AZ ÖNMEGISMÉRÉS FELÉ

Szervezetünk 2016 óta dolgozik azon, hogy az ifjúság egészségmegőrzése terén jelentős eredményeket elért, a világ számos országában sikeres, a szülők és a diákok körében egyaránt nagy népszerűségnek örvendő TeenSTAR nemzetközi személyiségfejlesztő szexualpedagógiai program tananyaga itthon is elérhetővé váljék, és a képzéshez a Kárpát-medence magyar fiataljai is hozzáférjenek. A TeenSTAR válaszokat ad a fiatalok kérdéseire,

családi kereteken kívül. Ahhoz nyújt segítséget, hogy kiskamaszkorban az identitás férfiként és nőként kibontakozzon, szilárdná, stabillá váljon; támogatja a fiatalokat abban, hogy egészségesen tudjanak kötődni saját testükhöz és egymáshoz, valamint egészségesen viszonyuljanak saját termékenységükhöz. A képzés nemcsak a biológiai, hanem a lelki vonatkozásokat is tárgyalja, azt, hogy serdülőkorban miként változik a szervezet, az érzelmi világ és hogyan alakul ki, erősödik meg az értékrend. Rendkívül sokat segít a fiataloknak a szülőségre való felkészülésben. Segít nekik megérteni a pubertás idején a testükben és a lelkükben lejátszódó változásokat, segít azokat a kialakuló identitásukba, valamint a szexualitást a személyiségükbe integrálni. A TeenSTAR holisztikus szemlélettel közelíti meg a szexualitás és a nemi identitás kérdését, miközben érintetlenül hagyja a biológiai és a társadalmi nem közötti kapcsolatot. Pozitív attitűdöt alakít ki az iránt, hogy az ember nőnek és férfinak született. A szexualitást a testi, lelki, szellemi hatások egységeként közelíti meg. S mivel a pozitív testképen és a termékenységünk nagyra értékelésén alapul, ezért az érési folyamatot lépésenként, az életkornak megfelelően teszi érthetővé. Így jutnak el a fiatalok az érett, megalapozott, a biológiai nemükkel összhangban álló nemi identitásukhoz és készülnek fel a felelősségteljes szexuális életre. A program segíti őket abban is, hogy ellenálljanak a kortársak és a média nyomásának. A képzés nyílt légköre hozzájárul a szülők és gyermekeik közötti párbeszéd elősegítéséhez is.

## **CREIGHTON MODEL MÓDSZER ÉS NAPROTECHNOLÓGIA**

A Creighton Model FertilityCare™ módszer olyan családtervezési rendszer, amelynek segítségével természetes módon válik lehetővé a várandósság elérése vagy elkerülése, anélkül, hogy a nő termékenységét elfojtáná, reproduktív rendszerét károsítaná. A női ciklus megismerésének, feltérképezésének a módszere. Tanulása hozzásegít ahhoz, hogy felismerjük és átlássuk a női ciklus során bekövetkező változásokat, megkülönböztessük a termékeny és terméketlen időszakokat. E mellett képesek leszünk saját egészségünk nyomon követésére és megőrzésére egész fogamzásképes életszakaszunk során. A Creighton Model módszer a

termékenységet egészségünk részének tekinti, és nem múltbeli ciklusaink történéseire hagyatkozik, hanem napról napra információt nyújt termékenységünkkel kapcsolatosan. Megtanít testünk jelzéseinek figyelésére, termékenységünk nagyrabecsülésére. Számos előnye van: egyénre szabott, orvosilag biztonságos, erkölcsileg elfogadható, könnyű megtanulni, olcsóbb, mint más fogamzásgátló módszerek, megbízható, természetes és a női ciklushoz igazodik. Közös felelősségen alapul, tiszteletben tartja a nő méltóságát, segít a házastársi kötelek megerősítésében. Sokoldalú, precíz. Értékes segítség és kiemelkedően eredményes meddőséggel küzdő párok esetében is.

A Creighton Model módszer tanfolyamon a nők megtanulják, hogy milyen biológiai jeleket kell magukon megfigyelniük, hogy nyomon követhessék a ciklusaik és nőgyógyászati egészségük alakulását, ha pedig nőgyógyászati téren probléma merül fel, a NaProTechnológia nyújt nekik segítséget. Ez egy új orvosi tudományág, melynek lényege, hogy az orvos a nő egyedi ciklusával összhangban, ahhoz igazítva végez vizsgálatokat és kezeléseket, igyekezve mindent természetes módon megoldani, indokolt esetben persze modern sebészeti technikáktól és gyógyszerészeti eszközöktől sem zárkózva. A NaProTechnológia tehát a gyógyításra helyezi a hangsúlyt. Meddőség vagy vetélés esetén a nőt és párját együtt hozza egészségesebb állapotba, az ő egészségüket akarja helyreállítani, hogy azután természetes módon foganjon meg a vágyott kisbaba. E modern, természetes családtervezési módszerek segítségével az ember megismeri a saját biológiai folyamatait és ritmusát, így összhangba tudja hozni azt a családtervezési szándékaival minden élethelyzetben.

## **EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDET, KORAI KÖTŐDÉS**

A szülés a szülő nő és családja életében kivételes esemény, amelynek körülményei a gyermek életkezdését és a nő anyává válásának folyamatát, lelki egészségét alapvetően befolyásolják. A szülés kimenetele, a szülést követő, kórházban töltött időszak és a kapott ellátás a szoptatás sikere, azaz a csecsemő egészsége szempontjából is meghatározó. Az apák kötődését, a család összetartozását, a nők gyermekvállalási kedvét is nagyban befolyásolja a szülés milyensége. A szülés éppúgy misztérium

ma, mint ezer évvel ezelőtt. A háborítatlan szülés támogatói szem előtt tartják a tiszteletet a születés csodájával, az anyasággal, vagyis az Élettel szemben. A szülés bizonyítottan akkor zajlik a legnagyobb eséllyel komplikációk nélkül, ha a szülő nő biztonságban érzi magát, ehhez pedig elengedhetetlen a megfelelő körülmények megteremtése, valamint, hogy azok a személyek vegyék körül, lássák el és támogassák, akiket ismer és akikben megbízik. Fontos olyan szülészeti kialakítása, ahol tiszteletben tartják a nők, a gyermekek és a család jogait, támogatják a vajúdás és a szülés természetes élettani folyamatát.

Az édesanya és a kisbaba elválaszthatatlan egységet alkot egymással, érdekeik nem választhatók szét, nem lehet őket külön kezelni. Nem választhatók el egymástól az élet első perceiben, óráiban, napjaiban sem. A korai kapcsolat támogatása alapvető fontosságú minden gyermeknél, de ennél is lényegesebb a koraszülötteknél, a császármetszéssel világrajötteknél és a traumatizált anyáknál. A szül(et)éssel a gyermek és az anya neuropszichológiai mechanizmusai egyaránt megváltoznak. Az anya és gyermeke közötti korai bőrkontaktus a kisbaba mellhez kúszását, mellre tapadását eredményezi, megkezdődik a szopás-szoptatás, ami elősegíti a szülővé válást, az újszülött egészséges fejlődését, adaptálódását, a természetes, egészséges bio-pszicho-szociális, spirituális folyamatok kibontakozását. Megvalósul a kolonizáció, és immunológiai, fiziológiai szempontból is az ideális kezdetet kapja meg a kisbaba. Megvalósul az egészséges életkezdethez való joga. Ez eredményezi a ragaszkodást, ami a biztonságos, szeretetteljes érzelmi kötődés alapja a családokban és a társadalom egészét is szolgálja. Az apa rendszeres, aktív részvétele a gyermek életében – legyen az fiú vagy

lány – szintén előrevetíti a szociális viselkedésbeli, pszichológiai és kognitív fejlődés pozitív kimenetelét. Az anyaság és az apaság tehát nem két elválasztható, jól meghatározható pszichológiai minőséget jelent, de nem is azonos vagy felcserélhető: átfedik és kiegészítik egymást.

### TAPASZTALATAINK ÉS ÜZENETÜNK

A Családok Évében Szolnokon, Miskolcon, Egerben, Békéscsabán és Budapesten tartott konferenciánk mindegyikén nagy érdeklődést tapasztaltunk. Ismét érzékeljük, hogy a szakemberek, szülők, védőnők, pedagógusok látják a hiányt, azt, hogy nem esik elég szó családtervezési kérdésekről és nincs kontextusba helyezve ez a témakör a fiatalok életében és az oktatásban sem. A konferenciasorozattal összességében azt akartuk üzeni a világnak: jó lenne, ha a gyermek jövetele valóban áldás és öröm lenne az anyának, az apának és a társadalomnak egyaránt. Ahhoz viszont, hogy ez valóban így legyen, az egyénnek, a kisebb és nagyobb közösségnek egyaránt tennie kell. Ebből igyekszünk mi is részt vállalni és erre igyekeztünk rámutatni szakértő munkatársaink segítségével a rendezvényeinken.

### KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az ERGO – Európai Regionális Szervezet köszönetet mond az Emberi Erőforrások Minisztériumának, az Emberi Erőforrás Támogatáskezelőnek, a Miniszterelnökség Nemzetpolitikai Államtitkárságának és a Bethlen Gábor Alapnak a programok megvalósításához nyújtott támogatásért.



# Egészségfejlesztő projektek a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Életminőség Kutatóközpontjában. Kutatás és oktatás

Health promotion projects at the Quality of Life Research Centre, Sapientia Hungarian University of Transylvania. Research and education

Szerzők: Sántha Ágnes ✉, Lukács-Márton Réka, Harangus Katalin  
*Sapientia Hungarian University of Transylvania, Faculty of Technical and Human Sciences  
Tirgu Mures, Department of Applied Social Sciences*

Beküldve: 2018. 11. 01.  
doi: 10.24365/ef.v59i5.377

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés; egészségügyi ápolók; kézhigiénia; mentális egészség

**Keywords:** health promotion; medical assistants; hand hygiene; mental health

2010-ben indult útjára egyetemünkön a közegészségügy alapképzés, amely nagy vonalakban a magyarországi népegészségügyi ellenőr szakiránynak felel meg. Hogy miért nem egy orvosi egyetem keretei között? Nos, ennek az az egyszerű oka, hogy Romániában ezt a szakot a közigazgatás, nem pedig az egészségtudományok közé sorolták be, és e tudományági besorolás okán a helye egy közigazgatástudományi képzésben van. Noha a román Oktatási Minisztérium csak 2016-ban rendelkezett először a képzés kimeneti követelményeiről(!), szakunk különlegességét mindig a prevenciósvé tevékenységek és az egészségfejlesztő kutatási irányvonal adta. Ennek jegyében végezzük ma is kutatási és oktatási tevékenységeinket, és az idei évtől már a tantervünkben is szerepel az Egészségfejlesztés tantárgy. A szak oktatói az Életminőség Kutatóközpont keretei között végeznek kutatómunkát, tagjai vagyunk a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Egyesületének (NKE).

Magyarországi partnereink a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar (Nyíregyháza) és Egészségtudományi Kar. A jelenleg zajló kutatási projektjeink java része is ezekhez az együttműködésekhez köthető. 2017-ben indítottuk az

egészségügyi ápolók társadalmi helyzete, munkával való elégedettsége és egészségi állapota című, az állami egészségügyi szektor dolgozóit célzó kutatásunkat. Kutatócsoportunk tagjai: dr. Sántha Ágnes szociológus, dr. Harangus Katalin informatikus és dr. Lukács-Márton Réka pszichológus. Standardizált kérdőívünket a Semmelweis Egyetem kutatócsoportja dolgozta ki (kutatásvezető dr. Vingender István). Eredményeink ez idáig az állami szektor dolgozóira terjednek ki, ezekből két publikáció, két szakdolgozat, három TDK-dolgozat és egy mesteri disszertáció született. A felmérés sikerét Sófalvi Andrea hallgatónk OTDK-jelölése koronázta meg. A közeljövőben azonos módszertannal az egyre növekvő magánszektor egészségügyi ápolóinak helyzetét tervezzük feltérképezni. Az MTA szakmódszertan pályázata által támogatott, MTA-SE Egészségnevelés kortárs-oktatással (TANTUdSZ) kutatócsoport munkájába kisebb léptékkel szakunk oktatói és hallgatói is bekapcsolódtak (kutatásvezető dr. Falus András akadémikus). A csoport szerteágazó egészségfejlesztő tevékenységei közül szakunk hallgatói a kézhigiénia-kézmű programnak egy pilot tevékenységét valószínűsítették meg egy marosvásárhelyi iskola elemi tagozatos tanulóival. Jelenleg az utómérés zajlik.

Ezúton is köszönjük a Hand-in-Scan Kft. nagyvonalú támogatását, hiszen ingyenesen rendelkezésünkre bocsátott egy Semmelweis Hand Hygiene Scanner készüléket, mellyel a kézmosás hatékonyságát egzakt módon mérhetjük. A jó hangulatú, többszörösen „visszatapsolt”, vidéki iskolákba is invitált programunkról álljon itt ízelítőnek néhány fotó.

Legfrissebb projektünk dr. Lukács-Márton Réka kutatócsoport-vezető nevéhez kötődik és az egyetemi hallgatók mentális egészségét méri. Kutatásunk ismét a szakmai együttműködés szép példája, hiszen egyszerre zajlik a Debreceni Egyetemen, a Sapientia EMTE három karán (Kolozsvár, Marosvásárhely, Csíkszereda), valamint a komáromi Selye János Egyetemen. Méréseinket október hónapban kezdtük a Magyar Tudományos Akadémia Domus szülőföldi csoportos ösztöndíj anyagi támogatásával, eredményeinkről reményeink szerint a folyóirat egy későbbi számában beszámolhatunk.



## Közös erővel az egészségért. Beszámoló a marosvásárhelyi Egészségfejlesztés konferenciáról

Together for health. Report from the Conference for Health Promotion in Marosvásárhely

Szerző: Sántha Ágnes ✉

*Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem, Marosvásárhelyi Kar, Alkalmazott Társadalomtudományok Tanszék*

Beküldve: 2018. 10. 16.

doi: 10.24365/ef.v59i5.368

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés, közegészségügy, egészségi egyenlőtlenségek, kortársoktatás

**Keywords:** health promotion, public health, health inequalities, peer education

Sokat hallunk és beszélünk az egészség fejlesztésének fontosságáról. Sokan vannak azok is, akik tudományos megalapozottsággal tesznek az egészségi állapot javulásáért, a betegségek megelőzéséért. Az egészségtudományokban néhány évtizede uralkodó paradigma, az egészség megőrzése és fejlesztése állt az Egészségfejlesztés konferencia középpontjában is. A szervezők, a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar olyan fórumnak képzelték el az eseményt, melyen az egészségfejlesztéssel elméletben és gyakorlatban foglalkozó szakemberek kutatásaikat, illetve fejlesztő tevékenységeik tanulságait megosztják egymással, az akadémiai közösséggel és a szélesebb hallgatósággal.

A rendezvénynek az egyetem új, a közelmúltban felavatott épülete adott otthont. A megnyitó plenáris előadáson az erdélyi magyarság népesedési perspektíváit villantotta fel dr. Ábrám Zoltán, a Marosvásárhelyi Orvosi- és Gyógyszerészeti Egyetem tanára, európai kontextusba helyezve a népességfogyás jelenségét és a kedvezőtlen demográfiai kilátásokat, az egymást követő generációkban fellelhető családalapítási minták változását.

Hely hiányában nem áll módunkban a 19 elhangzott előadás mindegyikét dicsérő szavakkal illetni, ám

valamennyi kutatás tudományos alapokon nyugvó, egészségfejlesztő tevékenységet mutatott be, vagy annak szükségességét hangsúlyozta.

A szekcióülések közül kettő a foglalkozási csoportok, illetve etnikai-társadalmi csoportok egészségmagatartását és egészségi állapotát járta körül. Az előadások egy része egyetemi kutatóműhelyek munkájának hozadéka: az egészségügyi ápolók egészségmagatartását, társadalmi-gazdasági helyzetét és hivatástudatát az idei évben a Sapientia EMTE Életminőség kutatóközpont vizsgálta (előadó Lukács-Márton Réka), az orvostanhallgatók kézhigiéniás szokásainak tanulmányozása a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem projektje volt (előadó Gál Emőke). Ez utóbbi téma aktualitását



Semmelweis Ignác halálának 200. évfordulója adta. Elhangoztak olyan előadások is, amelyek az egyetemi kutatóműhelyek közötti tudományos együttműködés eredményei: Kocsis Éva, a Pécsi Tudományegyetem doktorandusza és a Sapientia EMTE Makovecz-ösztöndíjasa a roma életminőség és egészségi állapot kutatójaként, összehasonlító vizsgálatról számolt be a hátrányos élethelyzetű roma népességben. Harangus Katalin (Sapientia EMTE) előadása a digitális egészség manapság divatos témájából az internetes információkeresés részterületét érintette, kiemelve annak előnyeit és hátrányait.

A gyakorlati egészségnevelő programokat bemutató előadások javarészt a budapesti TANTUdSZ munkacsoport tevékenysége köré összpontosultak.<sup>i</sup> Kétéves tevékenységükből a kézhigiéncia és a folyadékfogyasztás fontosságát hangsúlyozó iskolai egészségnevelő programok emelkednek ki. Ezek eredményeit és egészségpedagógiai vonatkozásait emelte ki Soósné dr. Kiss Zsuzsanna, valamint két, a programban egyetemi hallgatóként részt vett kortársoktató (Benke Fruzsina Erika és Bordás Dorina) előadása. A TANTUdSZ kutatócsoport kézmosó programjában immár a Sapientia EMTE Életminőség kutatóközpontja is részt vesz, kisebb léptékű pilot projektet valósít meg a Maros megyei kisiskolások körében, és egzakt módszerekkel méri az egészségfejlesztő program hatékonyságát.

Marosvásárhely testvérvárosában, Nyíregyházán 2008 óta rendszeresen végeznek a lakosság

körében kérdőíves egészségfelmérő vizsgálatot. A legutóbbi, idei adatfelvételbe már egészségműveltségi kérdések is belefértek. Ennek tanulságait osztották meg a hallgatósággal Jávorné dr. Erdei Renáta és Barcs Anita, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának oktatói, felhívva a figyelmet az egészségműveltség erős társadalmi meghatározottságára, a még mindig jelenlevő társadalmi egyenlőtlenségekre.

A közvetlen hangulatú eseményen őszinte kíváncsisággal fordultunk egymás munkája felé. A népegészségügy szakmai kihívása az egészség pozitív szemléletét tovább alakítani, a megelőzés fontosságát tudatosítani, annak reális, elfogadható és terjeszthető gyakorlatát a legkülönbözőbb népességcsoportokban meghonosítani, kis lépésekben. Ezek egyike volt a bemutatott Egészségfejlesztés konferencia.



<sup>ii</sup> Az MTA szakmódszertan pályázata által támogatott, MTA-SE Egészségnevelés kortárs-oktatással (TANTUdSZ) kutatócsoport vezetője dr. Falus András akadémikus, tagjai a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának és az Eötvös Loránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Karának oktatói és hallgatói.

## 2017-es adatokkal frissült a halandósági adatbázis

Mortality database has been upgraded with 2017 year data

A Nemzeti Népegészségügyi Központ által működtetett, a népegészségügyi szakemberek munkáját támogató halandósági adatbázis kiegészült a 2017-es adatokkal, és így táblázatos formában elérhetőek 2005-től 2017-ig magyarországi halálozási adatok. Az Eurostat módszertana szerint 26 halálokra illetve megelőzhető és elkerülhető halálózásra számított mutatók, a tényleges és várható halálozási esetszámok ötéves életkori

csoportonként, a standardizált halálozás (SHA) és a standardizált halálozási hányados (SHH) 0-64 illetve 0-X éves korcsoportokra területi (országos, régiós, megyei és járási) és nemi bontásban szerepelnek az adatbázisban. Esetleg felmerülő kérdéseikkel illetve kéréseikkel Nagy Dávidnét keressék a következő e-mail címen: [davidne.nagy@emmi.gov.hu](mailto:davidne.nagy@emmi.gov.hu)!

A minden érdeklődő számára elérhető táblázatok és a módszertani ismertető a következő címről tölthetők le: <http://fajlmegosztas.nefi.hu/index.php/s/bu48O2ANEDsuqX3>



## Konferencia részvételi felhívás

Az MTA PAB Preventív Orvosi Tudományok Munkabizottsága és az Egészséges Városok Magyar nyelvű Szövetsége „**A városi egészség aktuális kérdései**” címmel konferenciát rendez.

A konferencia célja egyrészt a tudományágak közötti párbeszéd elindítása olyan szakemberek részvételével, akik a városi környezet közvetlen vagy közvetett egészséghatásainak vizsgálatával, új veszélyek megjelenésével, korábbi kockázatokat felerősítő vagy gyengítő változások azonosításával, a kockázatcsökkentés lehetőségeinek alkalmazásával, avagy a pozitív egészséghatások feltárásával foglalkoznak. Másrészt az interdiszciplináris megközelítést alkalmazva a konferencia a városi környezet egészséghatásaival összefüggésben lehetőséget ad az egyéni és közösségi prevencióval, a helyi szabályozással, az egészséget támogató városi környezet kialakításával foglalkozó tevékenységek, kutatások valamint városüzemeltetési és közszolgáltatási megoldások eredményeinek bemutatására.

Várjuk **előadók jelentkezését** a városi egészség aktuális kérdéseire kapcsolódó gyakorlati tevékenységeik és/vagy kutatásaik bemutatására, 10-15 perc időkeretben.

A konferencia időpontja: **2018. december 11.**

A konferencia helyszíne: MTA Pécsi Területi Bizottság Székháza


7624 Pécs, Jurisics M. u. 44

A konferencián való részvétel ingyenes, de előzetes regisztráció szükséges.

Az **előadások absztraktját** a [preventiv.orvoslas.pab@aok.pte.hu](mailto:preventiv.orvoslas.pab@aok.pte.hu) email címre, **2018. november 30-ig** várjuk. Kérjük, hogy az absztrakt terjedelme az 1500 karaktert ne haladja meg. Az előadók számára további publikációs lehetőségként az absztrakt alapján kidolgozott tanulmány lektorált, **nyomtatott konferenciakötetben való megjelentetése** is rendelkezésre áll.

**Részvevőként történő regisztráció határideje: 2018. november 30.** A regisztrációt a [preventiv.orvoslas.pab@aok.pte.hu](mailto:preventiv.orvoslas.pab@aok.pte.hu) email címre kérjük elküldeni.

Pécs, 2018. 10. 25.



Dr. Girán Város, PhD  
tudományos titkár



Prof. Dr. Kiss István  
elnök

## Új Gondozástan tankönyv

New Health Care book for online reading

Szerzők: Lipienné Krémer Ibolya, Marosiné Nemes Melinda, Póschné Bróda Ágota, Ridegné Cseke Irén, Soósné Kiss Zsuzsanna

Rendhagyó, a modern digitális kor igényeit kielégítő módot választott a Műszaki Kiadó új Gondozástan című kiadványa publikálására: a könyv az OK! online könyvek internetes felületen érhető el. Az ötszerzős kötetet az egészségügyi szakmacsoporton belül tanulóknak és dolgozóknak hozták létre, de azok ismereteit is kiegészítheti, akik a szociális ágazatokban helyezkedtek vagy helyezkednének el, valamint gyermekekkel foglalkoznak. A kiadvány az emberi élet szakaszait mutatja be részletesen a gyerekvállalás gondolatának megszületésétől a csecsemőkoron át egészen az időskorig. A korábbi változat két olyan fejezettel bővült, amelyek a gondozás szociális hátterébe nyújtanak betekintést.

A kötet a gondozás formáinak, sajátosságainak bemutatásával kezdődik, majd a szülővé válás, családtervezés és szülés, születés folyamatát járja körül. Ettől kezdve életszakaszok szerint megtalálunk mindent, ami az ember biológiai, lélektani és társadalmi fejlődésével, fejlesztésével és az ezekhez kapcsolódó gondozási ismeretekkel kapcsolatos. A tankönyv rendkívül behatóan foglalkozik a születéstől három éves korig tartó időszakokkal, hiszen ekkor elengedhetetlenül fontos fejlődési szakaszokon megy keresztül az ember. Emellett részletesen tárgyal olyan témákat is, amelyek kitűnően egészítik ki a tananyag alapjait: figyelmet fordít az egészséges életmód kialakítására és megtartására, az azt meghatározó és befolyásoló tényezőkre. Feltűnnek még a testi és lelki zavarok, az egészséget károsító életformák, a férfi és női szerepek, valamint az aktív felnőttlét kialakítása.

Nemcsak szövegrészek frissültek az új kiadványban, hanem a kísérő szemléltető képek és magyarázó ábrák, táblázatok is. A legfontosabb újdonság azonban a két új fejezet: Az akadályozott ember gondozását ismertető rész olyan kérdésekkel

foglalkozik, mint a betegséggel vagy fogyatékkal élők akadályozottsága, életük fizikai és morális akadálymentesítése. A modern családtudományi és gyermekvédelmi tudnivalókat ismertető utolsó rész pedig megfelelő alapot ad a gyermekek sikeres gondozásához és neveléséhez.

Összegzésül megállapíthatjuk, hogy az MK-6610 kiadói kódú könyv – amely nyomtatásban a tankönyvvé nyilvánítási eljárás sikeres lezárulta után jelenik majd meg – széleskörű áttekintést ad az emberi élet minden momentumára vonatkozóan, mind testi, mind lelki, mind szociális szempontból, így minden bizonnyal hozzájárul majd a szakemberek hatékonyabb, minőségi felkészüléséhez, és méltán szolgálja a családok és gyermekek egészségét.

A könyv elérhető a [www.okkonyvek.hu](http://www.okkonyvek.hu) oldalon.

