

TAKÁCS ERZSÉBET<sup>1</sup>

„HA NINCS TÁMOGATÓ KÖRNYEZET...”

Kismamák lehetősége a szolidaritás kontextusában

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.4.114>

#### ABSZTRAKT

A Szolidaritás a késő modernitásban című kutatásunk<sup>2</sup> a magyar társadalom szolidaritásállapotát kívánja feltárni. A több terepen futó kutatás központi kérdése: hogyan jelentkezik az intézményi szolidaritás visszavonulásából és elégtelenségéből is következő szolidaritás válsága a hétköznapokban, milyen alternatív megoldások jelennek meg a társadalomban. A kutatás egyik „terepe” a kisgyermekes anyák szolidaritáslehetőségeire koncentrálnak az intézményes szolidaritás vonatkozásában. Jelen tanulmányban a terhesség, a szülés, az újszülöttgondozás, a szoptatás, a kisgyermekek ápolása, gondozása és nevelése témakörben vizsgáltam, hogy milyen helyzetekben, mely szereplők között jelenik meg a szolidaritás, hogyan csúsznak el egymás mellett a szándékok és az elvárások, milyen nem szándékolt következményekkel járnak a bizonytalan szolidaritáshelyzetek, megjelennek-e az új társadalmi kontextusban új szolidaritási rezsimek.

**Kulcsszavak:** szolidaritás, kismamák, későmodernitás, Magyarország

„WHEN THERE IS NO ENABLING ENVIRONMENT...”

Space of possibilities for mothers with young children and the context of solidarity

#### ABSTRACT

Our research “Solidarity in late modernity” (NKFI-129138, principal investigator: Domonkos Sik) aims to explore the conditions of solidarity in the Hungarian society. Main issue of the multi-layered research: what forms does the crisis of institutional solidarity take in everyday life and what kind of alternative solutions are available. One focus is on the possibilities of solidarity for mothers with young children. I investigated the problem of solidarity in the context of pregnancy, childbirth, newborn care, breast feeding, care and education of small children. In which situations and between what kind of social agents is solidarity appearing? Why can't intentions and expectations exist side by side? How to see the unintended results of an unsure situation of solidarity? Are there any new regimes of solidarity within a new social context?

**Keywords:** solidarity, mothers with young children, late modernity, Hungary

<sup>1</sup> ELTE TÁTK, Társadalomelmélet Tanszék, phd, habil.

<sup>2</sup> NKFI-129138, kutatásvezető: Sik Domonkos.

## „HA NINCS TÁMOGATÓ KÖRNYEZET...”

### KISMAMÁK LEHETŐSÉGTERE A SZOLIDARITÁS KONTEXTUSÁBAN

Jelen tanulmány egy tágabb kutatás része, mely arra keresi a választ, hogyan formálják át a hazai szolidaritásviszonyokat a későmodernitás átalakuló társadalmi állapotai.<sup>3</sup> A vizsgálat egyik „terepe” a kisgyermekes anyák szolidaritáslehetőségeire koncentrál. A terület két szempontból is remekül illeszkedik kutatási kérdésünkhöz. Egyfelől, Hanák Katalin és Losonci Ágnes szül(et)ést körüljáró szociológiai kutatásaiból a rendszerváltozás időszaka óta tudjuk, hogy mennyire magukra maradnak a kismamák a problémáikkal (Hanák 1988, 1991; Losonci 2009; majd a rendszerváltozást követően: Neményi 1998, Neményi–Takács 2008). Másfelől az elmúlt 30 évben jól nyomon követhető változások mutathatók be az intézményes segítségnyújtás terén, ennek állami és immár piaci szegmenseiben, a kortárs segítő kapcsolatok terén, a nyilvánosságban, illetve a szakmai diskurzusban.

A tanulmánya kismamaélet három meghatározó problémakörére, a szülésre (és vetélésre), a szoptatásra és a csecsemőgondozásra koncentrál. A kutatáshoz tizenöt szakértői interjút készítettünk szoptatási tanácsadókkal, védőnőkkel, gyermekorvosokkal, melyet kiegészítettünk öt kismamával készült, illetve egy korábbi kutatásból származó három másik interjúval.<sup>4</sup> Az interjúk Nógrád, Hajdú–Bihar és Pest megyében, valamint Budapesten készültek.

### AZ INTÉZMÉNYI SZOLIDARITÁS ESETLEGESSÉGEI A KÉSŐMODERNITÁSBAN

A későmodernitást meghatározó individualizáció a szolidaritás korábbi paradigmáját is átalakította. A korábbi, hasonlóságra, univerzális jogokra, reciprocitásra épülő szolidaritáspercepció megváltozott, és visszaerősödött a szolidaritás korábban domináns familiáris, lokális viszonyokban megjelenő exkluzív módja. Az egyéni szolidaritás reflexívvé vált (Takács 2018),<sup>5</sup> a modernitás kollektív szolidaritását megtestesítő intézményes szolidaritás szintén átalakult. Egyrészt visszaszorult és átalakult az állami szerepvállalás, másrészt (ettől nem függetlenül) az intézményes szolidaritás paradigmájának alapvető elemét jelentő szakértői tudás is leértékelődött, háttérbe szorult. Utóbbi meghatározó a szolidaritás átalakulásában, mert a szolidaritásra jogosultak körét az állam különböző tudományos diskurzusok, szakértői javaslatok alapján jelölte ki, ami a segítségnyújtás konkrét formáit is meghatározta a különböző társadalmi alrendszerekben. A jóléti állam leépítésével a szakértői szempontokat ma sokszor szorítják háttérbe fiskális, piaci és politikai-ideológiai érvek,

3 Szolidaritás a késő modernitásban (NKFI-129138, kutatásvezető: Sik Domonkos). A kutatás elméleti alapvetése: Sik et al. 2019 és 2020; az alterület első eredményei pedig elhangzottak a 2020. november 20-i MSZT vándorgyűlés Családszociológiai szekciójában. Köszönöm kutatótársam Takács Flóra segítségét az interjúk elkészítésében, a kutatócsoport tagjainak, valamint a tanulmány anonim bírálóinak lényeglátó, segítő megjegyzéseit. Külön köszönöm azoknak a hallgatónak a segítségét, akik szakmai gyakorlat keretében segítették az interjúk lekérdését.

4 Az interjúkat Herbai Edit készítette vetélés témakörben, két kismamával és egy védőnővel készült interjút használtam fel kedves hozzájárulásával.

5 Korábbi munkáimban amellet érveltem, hogy a későmodernitás szolidaritását nagymértékben jellemzi a reflexivitás: kevésbé a normák, mint inkább az egyén véletlenszerű döntései határozzák meg. Nélkülözi a reciprocitás igényét, ugyanakkor a felelősségvállalás elemét is, a szolidaritás aktusa vagy akárcsak gondolta is a szolidaritást nyújtó egyénről szól, nem pedig a szolidaritás alanyairól (Takács 2018:168–174).

melyek a támogatásra érdemes egyének meghatározásakor narratíváikban a hatékonyságot és „érdemességet” hangsúlyozzák. A korábbi társadalombiztosítási rendszer polarizálódása ugyanakkor úgy járt együtt a szolidaritás refamilizációjával és bizonyos mértékű társadalmatlanításával, hogy az intézményes szolidaritás kontrollmechanizmusairól az állam nem mondott le. Épp ezért, ebben a tekintetben, a szakértői tudás felhasználása továbbra is fontos, hatalmpolitikai tényező marad, mely ilyen felállásban azonban eldologiasító potenciállal bír (Sik et al 2019).

Mindez különösen jellemző a kutatás terepét jelentő biopolitikai mezőre, ezért vizsgálatunk fő fókusza az intézményi szolidaritás képviselőire irányult. Az elméleti keret felépítésekor és az ezek nyomán összeállított interjúk kérdőívvezet és módszertani elemzési struktúra kidolgozásában nagy segítséget nyújtott François Dubet (2002) intézményi hanyatlás koncepciója. Eszerint az individualizáció nyomán egyénközpontúvá alakuló segítő és szocializációs paradigmák ambivalenciái szétfeszítették az egyének szocializációjával kapcsolatos (segítő) szakmákra (oktatás, egészségügy, szociális munka, mediáció stb.) jellemző úgynevezett intézményes „programot”. E program célja, hogy univerzális értékek és individuális sajátosságok között közvetítve autonóm cselekvővé szocializálja az egyént: egyszerre konformmá és kritikára képessé. Az intézményes program (azaz a szocializációs munka) megvalósítása elhivatottságot feltételez, mivel adott értékek és cselekvési elvek csak speciális és szervezett professzionális munkán keresztül alakíthatóak egyéni szubjektivitássá. Dubet részletesen elemzi, hogy az egyes segítő, szocializáló szakmákban mi tartotta egyben az intézményes programot, és leírja ennek ideáltipikus működését. Az intézményes program azonban szétesőben van, ennek alapelvei – univerzális értékek, elhivatottság, szubjektum – mind problematikusává váltak. Az intézményes cselekvést irányító alapvető értékek (például egyenlőség, meritokrácia, felvilágosodás, tudomány) ellentmondásai egyre nehezebben leplezhetőek; a közszolgáltatások „professzionizációja” új igényeket, partneri kapcsolatokat ismer el, mely destabilizálja az intézményi végrehajtási módokat – nem függetlenül az egyéni identitások pluralizálódásával. Ezek a szocializáló szakmák alapjaikban rendülnek meg, amikor a hivatásukat gyakorló képviselőik szembesülnek a megváltozott körülményekkel, és önmaguk is átalakulnak. Az elhivatottság és az önfeláldozás eszméje az egyén autenticitásának elvével kerül összeütközésbe, a tekintélyelvűség, az autoritás megkérdőjelezése pedig „állandó igazolási munkára” kényszeríti a szocializációs, segítő munkát végző egyént, miközben az elégtelen intézményi program miatt egyébként is folyamatos alkalmazkodásra, improvizálásra kényszerül. Dubet két évtizede írt elméletében azt is kiemelte, hogy az intézményes program hanyatlása számos alárendelt, hatalmi viszonyt rendített meg, ezzel párhuzamosan azonban az uralom és a kontroll új formái tűnnek fel.

Mindezekből világossá válik, hogy terepünkön milyen sokféle és esetlegesen érvényesülő normák, szabályok, elvárások alapján alakul ki a szolidaritás, illetve hiúsul meg vagy válik inadekváttá a segítségnyújtás. E szolidaritási kontingencia<sup>6</sup> feltérképezésekor a szolidaritás szűkebb, segítségnyújtásra leszűkített fogalmával dolgoztunk, a tanulmány alapját képező kvalitatív kutatás pedig az intézményes segítségnyújtás hiányosságaira és a megoldásai kísérleteire fókuszált egy speciális élethelyzet kontextusában.

6 A szolidaritási kontingencia elképzelését Parsons kettős kontingencia modellje ihlette, melynek lényege, hogy az interakciókban „azzal a kihívással kell megküzdeniük a cselekvőknek, hogy egymás számára kölcsönösen kiszámíthatatlan perspektívával rendelkeznek (Parsons – Shils 1951). A szolidaritási kontingencia fogalma a szolidaritás klasszikus modernitásbeli paradigmájának meggyengülésének állapotát írja le, amikor a segítő interakciókban megnő az esetlegesség: az intézményi háttér leépülése, a politikai mezőben formálódó közös normatív alapok hiánya, a szakértelemmel szembeni bizalmatlanság és az individualizálódás egyaránt azt eredményezi, hogy a felelősség, rászorultság és adekvát segítségnyújtás kérdései tekintetében fundamentális eltérések vannak jelen, melyek vakvágányra terelik, vagy egyenesen fel is számolják annak lehetőségét.” (Sik et al. 2020: 20)

## A SZÜLÉS SZOLIDARITÁSMEZŐJE

A szülés körülményei, különösen ennek megélt tapasztalatai Magyarországon csak nagyon specifikusan, szűk szakterületi kontextusban válnak kutatás tárgyává. Ennek okát a területbe belepillantó szociológusként elsősorban három tényezőben látom. A szülést epizodikus eseményként látjuk, amelyen túl kell esni, majd visszatérni az „élet normális körforgásába”. Tipikusan gendervonatkozású eseményről van szó, melyre a társadalom túlnyomó része „női ügyként” gondol: a szülés a női lét természetes folyamata, valamint többnyire megfordítva is: a nők és a szülés szervesen összetartoznak a magyarok többségének világképében.<sup>7</sup> A hazai szakirodalomban található nem sok, de annál izgalmasabb és informatívabb kutatás az antropológia, a pszichológia, a szociológia, az egészségtudomány és a *gender studies* (határ)területeiről kerül ki (például Héjja-Nagy 2015, Kisdi 2016, Varró 2015, Székely 2018). A szülés társadalomtudományos kutatásai azonban aprócska minoritást alkotnak, eredményei és megállapításai nagyon nehezen fejtenek ki hatást a szülés laikus percepcióját is mindmáig meghatározó, domináns medikális szemlélettel összehasonlítva.

A szülés a mindennapokban is orvos és beteg viszonyaiban értelmeződik. A szülő nő egy minden ízében technokrata szüléskultúra alanya – pontosabban: tárgya –, akit a nagyfokú műszeres kontroll és a hierarchikus kórházi protokoll merev szabályrendszere határoz meg. Maguk a páciensek is e medikális szakértői struktúra hierarchiáját veszik át, a szülő nő érzései, megfigyelései, igényei eljelentéktelenednek, feleslegessé, vagy éppen zavaróvá válnak. Ilyen feltételek mellett nemcsak, hogy szinte lehetetlen a pozitív szülésélményhez szükséges intimitás és biztonságérzet megteremtése, maga a helyzet és az ellátás (módja) válik stresszforrássá (Székely–Csabai 2017:44).

Székely Zsófia (2016) a hétköznapokból jól ismert helyzetet tudományos részletességgel írja le, bemutatva, hogy milyen szélsőségesen megterhelők a hierarchia követelményei, a szigorú kötöttségek a kórházi dolgozók számára is, akik erre legtöbbször úgy reagálnak, hogy csak a feladatokra koncentrálnak, érzelmi távolságtartással végzik munkájukat. Mindezekből gyakran és gyorsan alakul ki kiégés, aminek következtében a kórházi dolgozóból még inkább eltűnik az együttérzés, az empátia, és jellemzővé válik a páciens tárgyiasítása.

A szülő nő nézőpontjából a kiszolgáltatottságot és a tárgyiasítást az is erősíti, hogy „*a szokásos intimitási határokat gyorsan és nagy intenzitással lépi át az orvos-beteg kapcsolat e típusa*”, és ez a kiszolgáltatott állapot fokozottan igaz a vajúdas és szülés állapotára is (Székely–Csabai 2017:43). Az intézményes medikalizációnak való kitettség a császármetszések számának statisztikai adataiban is azonosítható: Magyarországon nemzetközi összehasonlításban is kiemelten magas a műtéti beavatkozással járó szülés.<sup>8</sup> A rendkívül magas arány mögötti számos (orvosi és nem orvosi) okra nem térek ki, témám szempontjából mindezek következménye meghatározó a fentiekén túl, hiszen a császármetszés meghosszabbítja az anya fellépülését, fizikai szövődeményekkel járhat, hatással lehet az anya-gyerek kapcsolatra, szoptatási nehézségek léphetnek fel, és gyakrabban alakulhat ki a poszttraumás stressz szindróma (Varró 2015:191). Jóllehet, mindez a szülésben közreműködők számára köztudott, a technokrata szüléskultúrában a szülés menetét továbbra sem az éppen szülő nő szüléséhez, hanem előre megállapított időkeretekhez, helyszínhez, testhelyezethez stb. igazítják, és ezek alapján döntenek

7 Vö. a hazai attitűdkutatásokkal a férfiak és a nők szerepéről (Paksi–Szalma 2009, Blaskó 2011, Pongrácz – S. Molnár 2011, Gregor 2016, Makay 2017, Spéder 2011, 2018).

8 A WHO 10–15%-os gyakoriságban határozza meg a császármetszések optimumát. Magyarországon a szülések 41%-a történt ezen az úton 2018-ban (Deákné et al. 2019:13), ezzel az ország 4. a világon a császármetszések élveszületésekhez viszonyított arányában (OECD 2021) és az arány továbbra is emelkedik. A császármetszések nagy száma, illetve a szülő nők kiszolgáltatott helyzete egyre hangsúlyosabban jelenik meg a nyilvánosságban, ennek egyik jele a szülészeti erőszak megnevezés elterjedése (vö. Kitzinger 2008).

a mesterséges beavatkozásokról is.<sup>9</sup> Ebbe a rendszerbe és szemléletmódba nagyon nehéz integrálni a társas támogatás gyakorlatát, pedig évtizedek óta tudható, mennyire meghatározza a szülésélményt ennek megléte vagy hiánya. Még műtéti szülés esetén is számít, „*ha az apa az üvegen keresztül részese lehetett az eseménynek. A társ jelenléte, támogatása hormonálisan is megmutatkozik, hiszen vajúdást segítő centrális oxitocin rendszert is képes aktiválni [...]. A szülés közbeni bevonódás szintén sarkalatos kérdés a megítélésben. Azok a nők, akiket orvosa vagy szülésznője folyamatosan tájékoztatott az eseményekről, akiknek kikérték véleményét, beleegyezését egyes szakaszoknál, sokkal szívesebben emlékeznek vissza a szülés folyamatára*” (Deákné et al. 2019:8).

A hatalmi viszonyrendszer fenntartását erősíti továbbá az egyenlőtlen és nehézkes kommunikáció, ahol a betegnek kell az orvosi zsargonhoz igazodnia, mely az esetek egy részében kommunikációs hasadékot teremt az orvos és betege között (Hoyer 2002:10, 25). Ez tovább növeli páciens-kliens viszonyt terhelő kölcsönösen nem teljesülő elvárásokat: a szülő nők támogatást, informálást, empátiát várnak el, az egészségügyi dolgozók pedig felkészülten érkező pácienseket, akik tudják, mit kell tenniük, tudják, „mi a dolguk”. A szülő nőknek tehát egymástól nagyon távol álló logikák keresztmetszetében kell feltalálniuk magukat, különféle elvárásokhoz kell (kellene tudniuk) alkalmazkodni. Pedig – mint látni fogjuk –, a terhességre, szülésre, szoptatásra „készülés” nem magától értetődő dolog. Ebben bizonyos kórházak segítséget nyújtanak, például születéskészítő tanfolyamok formájában (aminek szükségességéről, különösen annak tartalmáról megoszlott az interjúalanyok véleménye). Másfelől a szülés és újszülött gondozása (szoptatási helyzet, pelenkázás) a kórházi dolgozók számára magától értetődő – vagy legalábbis ez fogalmazódik meg kimondott vagy ki nem mondott elvárásként. Emiatt a szülés pillanatától kezdve végig a kórházi tartózkodás során a kismamákra a „jó anya” elvárásának óriási pszichológiai nyomása nehezedik: a jó anya felkészülten érkezik a kórházba, szakértők segítségét felhasználva elolvassa, meghallgatja, elpróbálja (?) hogyan legyen jó anya, másfelől azonban az anyaság esszencialista elvárásaival szembesül: a jó anya spontán módon tudja, hogyan bánjon saját újszülöttjével, aki nem szorul mások segítségére, hiszen anyai ösztönei vezetik.

Az elvárt felkészülést, illetve a szülő nő mozgásterének kitérítését az sem könnyíti meg, hogy – mint Varró Gabriella a hazai szülési gyakorlatot bemutató kitűnő tanulmányában (2015) bemutatta –, a kórházak a mai napig nagyon szűkszavú információkkal szolgálnak elérhető szolgáltatásaikra, kórházi gyakorlataikra vonatkozóan. Így a szülés előtt álló nők körében informális úton terjednek a hírek, melyik kórházban milyen szemlélettel és gyakorlattal találkozhatnak (Varró 2015:199). A hírszerzésnek ez a módja azonban nem mindig megbízható, így különösen fontos szerepük van a pontos tájékoztatást nyújtó civil szervezeteknek, akik így tulajdonképpen átvesszik a szülészetektől annak a tájékoztató szerepkörnek egy részét, melyet az intézmények ugyan számonkérnek, de nem biztosítanak megfelelően. Az *EMMA Egyesület* és a *Másállapot a szülészetben* csoport például a koronavírus megjelenésétől naprakész információkkal szolgált, ami a kórházak eltérő gyakorlata idején pótolhatatlan segítséget nyújtott. A szülést övező félelmek, illetve a szülészeti osztályok elvárásai és gyakorlatai iránti tájékoztatás missziója ezen egyesületeknek, melyeknek egyik legutóbbi projektje a – most már a 120-hoz közelítő – szüléselbeszélés nyilvánossá tétele.<sup>10</sup>

A szülészeti ellátás kismamákat érintő diszfunkciói számos negatív, akár hosszú távú következménnyel járnak. Általános tapasztalat a fizikai és lelki kimerültséget még inkább felerősítő felkészületlenség és

9 És mivel a szülésképzésben továbbra sem a természetes, hanem a műtéti lefolyású szülés oktatása a meghatározó, a gyakorlat reprodukálódik (Novák 2018:24, részletesen: Novák 2015).

10 A „Hoztam e világra...” youtube-videósorozatot Papp Szilvia indította el 2011-ben, a kampány jelenleg is folyik a szülészeti ellátás reformjárt küzdő két civil szervezetek együttműködésével: <https://www.youtube.com/user/HOZTAMEVILAGRA/featured>

tapasztalatlanság, mely nagyon gyakran konkrét szoptatási, újszülöttápolási nehézségekkel jár együtt. Az általam fellelt egyetlen reprezentatív kutatás szerint az anyák több mint fele szoptatási nehézséggel küzd, 20%-uk kifejezetten negatívan élte meg a szoptatást (mintegy 60%-uk nyilatkozott pozitívan) (Német et al. 2017). Ennek természetesen számos oka lehet,<sup>11</sup> de nagyon sokszor az a kórházi gondatlanság rejlik a háttérben, hogy nem mutatják meg a helyes szoptatási technikákat. Ez rögtön a szülést követő kimerült, de felfokozott lelkiállapotban szoptatási frusztrációt, szorongást, önértékelési zavarokat okoz az anyákban, akik félnek, hogy nem tudják megfelelően táplálni, ellátni a csecsemőiket, önmagukban keresik a probléma forrását (mit csinálnak rosszul, miért ilyen ügyetlenek, szerencsétlenek stb.).

A fentebb leírtak, az ismert kórházi körülmények, illetve az intézményi rugalmatlanságon elbukó progresszív kezdeményezések egyértelműen jelzik, hogy a szoptatás nem fontos probléma az egészségügy (az állam) számára, mintegy magától értetődő (és megoldódó) „női ügy”. A genderrezsím működése és újratermelése a szülés kapcsán különösen élesen jelenik meg, nézzük ezt akár az állam és a társadalmi nemek viszonyok egymásra hatásában (Connell 1990), akár az alrendszerek irányításának (döntéshozás, szabályozás, finanszírozás) és a társas gyakorlatok (erőszakot és civil támogatást is magában foglaló) megnyilvánulásaiban (Walby 2004, mindkettőt idézi Gregor 2016).

Mint a kutatás kontextusához fentebb kiválogatott néhány tanulmányból is látható, a szülés körülményeinek szakirodalma rendkívül sokszínű és sokrétű. Annak ellenére, hogy figyelmünk nem kizárólag és nem elsősorban a szülés összefüggéseire fókuszált, fontosnak éreztem – akár csak vázlatosan is – kitérni a vonatkozó korábbi eredményekre. Egyrészt saját kutatásunk során is nyilvánvalóvá vált, mennyire meghatározó jelentőségű (az intézményes szolidaritás meg(nem)tapasztalása a későbbi cselekvési módok, elvárásrendszerek és (akár konkrét) problémák kialakulásában, másfelől, mivel vizsgálatunk egyik fő célja az intézményi segítségnyújtás hatékonyságának, nem szándékolt következményeinek feltárása volt, a szülés bemutatása is megkerülhetetlen volt. Itt ugyanis egy olyan jelenséggel találkozunk, amikor a segítségnyújtásra kijelölt intézmények, maguk a szülészetek hozzák létre azokat a (szoptatási) problémákat, amelyek megoldásában a későbbiekben sem adnak segítséget. Saját interjúink e vonatkozásban teljesen megerősítik Németh Tünde és kutatótársai eredményeit (2017).

Ugyanakkor a szülést követő gyermekágyas vagy kisgyermekes időszak jóval kevésbé feldolgozott terület, pedig tudható, hogy meghatározóbb jelentőségű a nők életében. Kutatásunk tehát erre az időszakra koncentrálna vizsgálta meg, milyen nehézségekkel kell szembenézniük a kismamáknak, az intézményes szolidaritás hol és hogyan jelenik meg ezek leküzdésekor, illetve milyen téren maradnak egyedül a problémáikkal.

---

11 A szoptatás idő előtti abbahagyásának leggyakoribb okai a fájdalmas szoptatás és a vélt vagy valós tejhiány, valamint az ezzel összefüggő anyai aggodalom a csecsemő elégtelen súlygyarapodása miatt. További okok a csecsemő koraszülöttsége, betegsége, fejlődési rendellenessége, anyai endokrin zavarok, vagy éppen a túl sok tej. Szintén meghatározó a környezet hozzáállása, támogatása vagy éppen az ismeretek hiánya a megfelelő táplálásról, illetve az egészségügyben dolgozóktól, a környezettől vagy a médiából kapott egymásnak ellentmondó információk (Német et al. 2017:208).

## AZ INTERJÚS KUTATÁS MÓDJA ÉS EREDMÉNYEI

Interjúalanyaink kiválasztásánál törekedtünk arra, hogy a – bourdieu-i értelemben vett – mező különböző szintjeiről szólaltassunk meg szakértőket (klinikai orvos szoptatási tanácsadó, orvos szoptatási tanácsadó, gyermekorvos-védőnő, laktációs szakértő védőnő), valamint, hogy területileg is különböző tapasztalatokkal rendelkezzenek az interjúalanyok (Budapest különböző kerületei, vidéki város, szegregátum). A kismamákkal tervezett fókuszcsoportos kutatást a Covid19-járvány ellehetetlenítette, így a tervezettnél jóval kevesebb (8) alanyt elérve egyéni interjúkat tudtunk felvenni utolsó szülését 2 éven belül megélt kismamákkal (szintén Budapest, vidéki közép- és nagyváros, szegregátum helyszíneken).<sup>12</sup> Az interjúk 2019 tavaszán és nyarán készültek, három interjú kivételével, amelyet még 2018-ban Herbai Edit egyetemi hallgató készített vetélés témakörben írt dolgozatához, s amelyet rendelkezésünkre bocsájtott (Herbai 2018b). Ez utóbbi és a kismamákkal készült interjúk 40–70 percesek lettek, ezeket egyetemi hallgatók készítették a kutatásvezetők instrukciói nyomán (a hallgatók a kutatási megbeszélésen is részt vettek). A kutatásvezető és a hallgatók által felvett szakértői interjúk (15) hossza 1,5–2,5 óra volt. Az interjúhoz a félig-strukturált kérdések módszerét választottuk. Egyfelől kíváncsiak voltunk az elméleti keret felvetette problémákra, másfelől teret kívántunk hagyni az interjúalanyok által jelentősnek ítélt mondanivalónak. A kutatás során az intézményi szolidaritással kapcsolatos cselekvések lehetőségterét céloztuk feltárni, ezért az szakmai interjúk során a megkérdezettek pályaképének megrajzolása után azokra a leggyakoribb és legnehezebb problémákra kérdeztünk rá, amelyekkel a kismamák az interjúalanyokat megkeresték. Az interjú során a segítségnyújtás különböző módjait, nehézségeit, a felmerülő (alternatív) megoldási lehetőségeket térképeztük fel, különös tekintettel a szülésre és a szoptatásra. A tölcserelvnek megfelelően az érzékenyebb kérdéseket az interjú végén tettük fel, ahol a szakmai kompetenciájukat és autoritásukat érő kihívásokat, nehézségeket, kudarccokat, ezek megoldásának lehetőségeit jártuk körül. A kismamákkal készült interjúk hasonló logikával készültek, ahol a szülés és a szoptatás során tapasztalt intézményi segítségnyújtást térképeztük fel.

Mivel az interjúk, illetve gépelt átíratok nem egyszerre készültek el, a tanulmány megírásáig minimum tucatnyi alkalommal mód volt a végigolvasásukra. Így a kézzel történt kódolást megelőzően és azt követően is teret engedünk az interjúkban elhangzottak összehasonlító vizsgálatának és az újrakódolásnak. Így jártunk el a szegregátumi terepen szerzett interjúk tapasztalatait követően is. A kódolás elsősorban a kutatás elméleti keretének, másodsorban a korábbi szakirodalmak eredményeinek figyelembevételével indult, azonban mindvégig nyitottak voltunk a kutatás közben megjelenő szempontok és eredmények alapján új kódok létrehozására, a kódolás átalakítására. A viszonylag hosszabb interjúrészleteket elsősorban az alapján válogattam be a tanulmányba, hogy egy adott problémára vonatkozóan a segítségnyújtás lehetőségeinek és gátjainak tágabb kontextusáról képet adjanak.

---

<sup>12</sup> Az interjúalanyok jelmezőit a Függelék 1. és 2. táblázata tartalmazza.

## A KUTATÁS EREDMÉNYEI

A személyközi viszonyokat eltorzító, a pácienseket nem cselekvőképes szubjektumnak, hanem a beavatkozás tárgyának tekintő eldologiasító szemlélet következményei interjúink mindegyikében megjelentek, mint ahogyan az a – korábbi kutatásokban is hangsúlyozott – megállapítás, miszerint az anyák (nagyon kevés kivételtől eltekintve) a szülést követően is teljesen magukra hagyva érezték magukat. Általános tapasztalat, hogy az újszülött ápolásával kapcsolatosan, és még inkább a szoptatás kérdésében, nem kaptak megfelelő segítséget, sokszor kifejezetten lekezelő, hátrító vagy elutasító magatartásról számoltak be. Noha nem kevés orvos, szülésznő, nővér és intézményi vezető tesz erőfeszítést a szülési gyakorlat megváltoztatására,<sup>13</sup> a nőket tárgyiasító intézményi környezet még az eredetileg jó gyakorlatokat is el tudja torzítani. Ez történik például a 24 órás *rooming-in* rendszerrel, amelyet nagyon sok esetben nem az anyák igényeinek megfelelően, hanem erőltetett módon alkalmaznak. „[A legnehezebb] az volt, hogy császár után rögtön hozták a babát, mármint úgy volt, hogy én magamhoz tértem, mozdulni még nem nagyon tudtam, de már megkaptam a babát, és ott hagyták, tehát ők elmentek, és nekem kellett valahogy megoldanom, hogy szoptassam és próbáljak valahogy úgy fordulni, hogy jó legyen. Az ugye kicsit nehéz volt, mert nagyon fájt a seb” (nógrádi kismama). Elterjedt gyakorlat, hogy az újszülötteket az újszülött ápolásának és a szoptatási tanácsadásnak a mellőzésével bízzák a kimerült, frissen szült vagy műtött anyákra. Közöttük sokan olyan első gyermeküket megszüülő nők, akik még nem is fogtak a kezükben soha kisbabát, és nem láttak még szoptató anyát sem. Sok ilyenkor a kétség és a bizonytalanság, félelem az ismeretlentől, miközben – mint látni fogjuk – a szülészetek magától értetődőnek tekintenek olyan tudásokat és képességeket, amelyeknek már régen nincsenek birtokában a szülő nők, de a túlterhelt szülészeti személyzet sem részesíti megfelelő figyelemben és fordul megértéssel a kimerült és bizonytalan anyák felé.

Egyéniszinten a két leggyakoribb megoldás a szülés és az azt követő kórházi tartózkodás bizonytalanságainak vagy akár a kórházi bánásmódtól való félelemnek a csökkentésére a piaci és a familiáris logika mozgósítása. Az orvosnak, szülésznőnek, bábáknak, nővéreknek kifizetett hálapénz a biztonság és a törődés biztosítását vagy ennek illúzióját nyújtja.<sup>14</sup> Saját interjúinkban nem kérdeztünk rá külön a hálapénzre, amelyik interjúban megjelent, ott az interjúalanyok egyértelműen a figyelmesebb és jobb ellátás védelmeként beszéltek erről, tehát sikeres stratégiaként tudatosították. A szülészeten nem csak az orvostól „vásárolható” védelem és odafigyelés, a bábák, az ápolók és a csecsemősnővérek mind-mind másféle segítséget nyújthatnak, kezdve az osztály eszközeinek rendelkezésre bocsátásától a fizikai segítségnyújtáson át a szoptatás betanításáig. Ezekben az esetekben nem olyan nagy a társadalmi, hierarchikus távolság a segítők és segítették között, mint a szülészorvos esetében, ezért vannak, akik inkább a piaci „megoldásnak” ezt a formáját választják. Védőnő megkérdezettjeink közül az egyik budapesti interjúalanyunk azt mondta, hogy sokan „úgy készülnek a terhességre vagy a szülésre, hogy már előre kinézik, hogy kihez szeretnének [menni] és ők, akkor, amint megvan a gyerek, már a kórházban szépen felhívják, megszervezik maguknak otthonra a kis tanácsadást, és akkor ott rögtön van valaki, aki ott személyre szabottan velük foglalkozik. Tehát ez így igazából a tudatosság kábé”. A csecsemőgondozáshoz szükséges tudás (és/vagy az ehhez kapcsolódó biztonságérzet) megvásárlása egy a kórházi miliőtől teljesen eltérő (hatalmi) viszonyrendszert hozhat létre a kismama és a szoptatási vagy csecsemőgondozási szakértő között (akik maguk mindeközben legtöbbször az állami intézményrendszer szereplői is lehetnek).

13 Gondoljunk itt elsősorban a *rooming-in*-re, a társas támogatást lehetővé tevő apás vagy dülés szülés gyakorlatára, illetve azokra a lehetőségekre, amelyekkel a szülés módjában nem korlátozó aktív szülés irányába próbálnak az intézmények elmozdulni – inkább kevesebb, mint több sikerrel.

14 Pedig „a számok azt mutatják, hogy a szülés élmény nem lesz feltétlenül jobb attól, hogy van választott orvos vagy szülésznő: sőt vannak, akik azt mondják, hogy jobban jár az ember, ha ügyeletre megy, mert az az orvos legalább nagyobb eséllyel aludt az előző éjszaka” (Juhász–Sági 2019:19, Lőrincz-interjú).



A család nyújtotta védelem elsősorban az apás szülés lehetőségével jelenik meg. Az apa (vagy más, szülést kísérő személy) jelenlétének meghatározó jelentősége van a szülő nők számára, mivel biztosítják a támogatást, a biztonság érzését, az érzelmi segítségnyújtást, ami a (közös) szülésélmény számos pozitív következményét biztosíthatja. Ugyanakkor az apa jelenléte meghatározó lehet a tárgyasítás és kiszolgáltatottság vonatkozásában is: védelmet jelenthet a szülő nővel való bánásmód, például a kommunikáció terén, mert az apával (mint férfivel) egészen máshogyan kommunikál az orvos, a szülésnő, az ápolószemélyzet, és az apa (ideális esetben) mintegy tolmácként közvetíthet a felek között. Kismama interjúalanyaink közül ketten is említették, hogy kifejezetten az apás szülés miatt, férjeik felkészítése miatt jártak csak terhestanfolyamra. Ez az elhatározás arról a szándékról is tanúskodhat, hogy az anyák és/vagy apák esetleg hosszabb távon is szerettek volna bevonódni a csecsemőgondozásba, gyermeknevelésbe, ezt azonban ez a két interjú az interjúkészítés időpontjában éppen nem támasztotta alá.<sup>15</sup>

*Kollektív szinten a nyilvánosság nyújtotta szolidaritáspotenciál erősödését láthatjuk, de kutatások hiányában lehetséges, hogy ez túlnyomórészt az internetes aktivitás láthatóságának köszönhető és egy szűkebb rétegre korlátozódik. Mindenesetre az a segítségnyújtó és támogató jellegű tájékoztatás, amelyet ezek a mozgalmak nyújtanak, az egészségügyi mező minden szereplőjének érdekében áll(hat)nának.*

Szülészeti osztályon dolgozó interjúalanyaink mindig hangsúlyozták, mennyire fontos lenne, ha felkészülve érkeznének a kismamák a kórházba. Az ideális munkamenetet az egyik budapesti orvos interjúalanyunk így írta le: *„Várandósokkal is foglalkozunk, hogy felkészülten érkezzenek ide a kórházba. Tehát van várandós körünk, ahova eljöhhetnek az anyukák és akkor gyakorlatban van egy kis játékbabám, leülünk és mindent átbeszélünk, hogyan kell felkészülni, megbeszéljük kisbabával a pozíciókat, hogyan tudja mellre tenni, mi fog történni itt a kórházban, hogyan lesz az 'aranyóra', 'bőrkontaktus', és már úgy érkeznek az anyukák, akik részt vettek ezen a képzésen, hogy mindent tudnak. Hát, sajnos, nem minden anyuka látogat el erre. Van olyan is, hogy 'babaváró', az eddig egy előadássorozat szokott lenni, amiben mi vagyunk az egyik rész, ahol bemutatjuk az újszülött osztályt is, és itt is ugye beszélünk arról, hogy hogyan működik az osztályunk, hogy 24 órás rooming-in rendszer, és nagyon sok mindent beszélgetünk a szoptatásról az édesanyákkal, úgyhogy akik ezeken a foglalkozásokon részt vesznek, azok már sok-sok információval ellátva érkeznek hozzánk és hát, itt nagyon sokat próbálunk együtt dolgozni. [...] És utána, ha eltávoznak, utána is van lehetőség hozzánk visszajárni, úgyhogy van baba-mama körünk is, ahova már a totyogó kisbabák is visszajárnak, és természetesen minden ingyenes nálunk”* (fővárosi koraszülött klinikán dolgozó orvos, szoptatási tanácsadó).

A szülésfelkészítő tanfolyam funkciója és hatékonysága külön vizsgálatot érdemelne, az azonban kérdéses, mennyire tudják a tanfolyamok felkészíteni az első gyermekével várandós anyákat a szoptatásra. A valódi gondot azonban az okozza, hogy általában jellemző a szülészetekre, hogy nem mutatják meg a (helyes) szoptatást,<sup>16</sup> amit szakértői interjúink is alátámasztanak. *„Az a legnagyobb probléma, hogy a kórházban dolgozó kolleganőnek lenne az ugye a feladata, vagy a csecsemős nővérnek, és nem mutatják meg a mellráhelyezést, a helyes mellráhelyezést. És ez is saját tapasztalatom volt: nekem sem mutatták meg. Az egy dolog, hogy én tanultam, de azért teljesen más, amit tanulsz és tapasztalsz a saját gyereken, és nagyon sokan sebző mellbimbóval jönnek haza, és onnantól kezdve gyilkos a szoptatás, vagy nem is szoptatnak, hanem fejik. Nagyon*

15 A kórházi tartózkodás idején nyújtott családi szolidaritás más formáira nem térek ki, noha például az, hogy a szülő nő korábbi gyermeke(i) hogyan vannak a kórházi tartózkodás alatt ellátva, szintén nem elhanyagolható szempont. A többgenerációs szolidaritástranzferek kutatásaiban egyébként a kismamáknak nyújtott segítség (mind a két nemű nagyszülő részéről) rendszeresen és hangsúlyosan megjelent (például Gyarmati 2015, Monostori 2020, 2021).

16 Ebben kivételt jelentenek nógrádi kismama interjúalanyaink, ők egymástól függetlenül nagyon elismerően szóltak a csecsemőnővérek segítőkészségéről.

nehéz. És amikor hazajönnek három-öt nap múlva a kórházból, nehéz helyreállítani ezt” (Hajdú-Bihar megyében dolgozó védőnő). A szoptatási tanácsadó szülésznő interjúalanyainkkal folytatott beszélgetésekből az is kiderült, hogy egy tályog kialakulása, esetleg egy lázzal, fájdalommal járó mellgyulladás kezelése mennyire nem magától értetődő a hazai egészségügy számára, mivel hiányzik a különböző intézményesen széttagolt kompetenciakörök összehangolása. „Nincsenek jó protokollok erre, és ez ilyen határterületnek számít például egy emlőprobléma vagy egy mellgyulladás, sokszor az anya sem tudja, hogy hova forduljon, mondjuk péntek este 11-kor, amikor kialakul a láza, úgyszólván a legkülönbözőbb helyeken lyukadnak ki szegények” (fővárosi koraszülött klinika szoptatási specialista orvos). A szoptatással összefüggő problémák nagyon gyakran érintenek egyszerre több egészségügyi területet: van, amikor speciális szakértőket kell bevonni egy képzővizsgálathoz, egy sebészeti beavatkozáshoz vagy megfelelő antibiotikumot találni egy ritka baktériumra. Interjúinkból az derült ki, hogy ezek között a területek között nincsen összmunka, nincsenek protokollok, az intézményes betegutak kidolgozatlanok. Fenti interjúalanyunk is kiemelte: „Nagyon kevés szoptatási ambulancia működik, tehát nem nagyon van hova visszaküldeni [a szoptatós anyákat]. Tehát nincs olyan, hogy minden kórháznak lenne utógondozása, tehát a gyerekágyas résszel véget ér általában az anyuka gondozása”. A szakértői és kismamainterjúinkból is az derült ki, hogy a szülést követően a szülészetek „letolják” az újszülöttel, a szoptatós édesanyával foglalkozás minden elemét a védőnő és a gyermekorvos szintjére, akiknek a képzettsége nem biztosít megfelelő szaktudást bizonyos területekre. Szoptatási szakértő orvos interjúalanyunk meglátása szerint nemcsak védőnői szinten, de orvosi szinten is – mind a gyermekorvosi, mind az érintett szakorvosi szinteken – a szoptatáshoz kapcsolódó speciális tudásterületeket jobban be kellene építeni a megfelelő szakképzésekbe.

Az interjúkból az is kiderült, hogy az intézményes segítők a hiányzó tudást önszorgalomból, a saját szabadidejükben, ráadásul saját anyagi finanszírozással szerzik meg különböző képzéseken, amiből azután az adott intézmények profitálnak, és amit az állam nemigen honorál. Például laktációs szaktanácsadóvá általában már többéves védőnői gyakorlatot követően válik az ember egy négy féléves képzést elvégezve. Koraszülött osztályon dolgozó interjúalanyunk pedig arról beszélt, hogy egy háromnapos újszülöttélesztési tanfolyamon való részvétel megszervezése egyszerre logisztika probléma és óriási költség is számára.

A szoptatási tanácsadókkal készült interjúk mindegyikében megjelent a hivatástudat, a segíteni akarás (és nem mellékesen, egy ehhez kapcsolódó családi szocializáció, segítő szakmákban járatos szülővel, családtagokkal, házastársakkal). Interjúalanyaink esetében az intézményesített laktációs tanácsadóvá válást többféle orvosi diploma és speciális képzés előzte meg, illetve sok évig tartó önkénteskedés és tapasztalati tanácsadás is. Védőnői interjúinkból is az derült ki, hogy a szoptatást sokan mintegy misszióként, hivatásént fogják fel és ez a segíteni vágyás nem mindig választható szét a professzionális segítőtől. Egyik fővárosi szoptatási tanácsadó, orvos interjúalanyunk azt is kiemelte: „azért dolgozom elsősorban itt és nem magánpraxisban, mert itt nagyon sok ilyen anyukával találkozunk, nagyon egyszerű anyukákkal, akik nem is tudnak arról, hogy létezik ebben [a szoptatási nehézségek esetében] segítség, de ha létezne, sem lenne anyagi lehetőségük arra, hogy segítségért forduljanak. Lehet, hogy igényük se.”

A megfelelő (támogató) környezet az anyák kompetenciáját, magabiztosságát, elégedettségét és biztonságérzését, azaz a csecsemő és a kismama jóllétét nagymértékben meghatározza. Az egyik interjúban elhangzottak szerint a problémamentes szoptatás sokszor nem csak a szülő nő és újszülöttje „ügyességén” múlik, hanem az is „nagyon sokat számít, hogy az édesanya milyen környezetből jön, hogy a családtól kap-e támogatást, hogy felkészülten érkezik-e, hogy milyen a baráti környezete, hogy van-e egy támogató környezet. Nagyon sokat számít az is ugye, hogy [milyen] az anyuka egészségi állapota, például vannak olyan anyukák, akik a szülés után nagyon rosszul vannak” (fővárosi koraszülött klinikán dolgozó orvos, szoptatási tanácsadó).

A már említett 2017-es kutatásból kiderült, hogy szignifikánsan rövidebb ideig szoptattak az alacsonyabb végzettségű anyák, nyilvánvalóan ők maradnak leginkább magukra a szoptatási nehézségekkel.<sup>17</sup> Mindeközben az is megjelent egy szegregátumban dolgozó védőnői interjúnkban, hogy mennyire fontos a legszegényebb anyák számára a szoptatás: „mert tudják, hogy azért a legjobb a gyermeknek is az anyatej lenne, illetve költséghatékony megoldás”.

### A VÉDŐNŐK ÉS GYERMEKORVOSOK SZEREPE ÉS LEHETŐSÉGEI AZ INTÉZMÉNYES SEGÍTSÉGNYÚJTÁS KERETÉBEN – ÉS AZON TÚL

Az egészségügyi és a szociális alrendszerhez egyaránt kapcsolódó magyar védőnői hálózat egyedülálló a világon, ugyanakkor kitűzött céljaihoz és feladataihoz nincsenek a megfelelő feltételek hozzárendelve. A megterhelő munkafeltételek, az igen alacsony fizetés és a munkakörülmények tárgyi feltételeinek hiányosságai következtében egyre több a pályaelhagyó, így mára több száz település maradt védőnő nélkül (Varró 2015:199). A leghátrányosabb helyzetű kistérségekben az egy körzetre jutó átlagos gondozotti létszám 190 fő, a fokozott gondozást igénylők átlagos száma Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben a legmagasabb, egyes körzeteket kiterjedésük és létszámuk miatt gyakorlatilag lehetetlen érdemben ellátni. A védőnők munkavégzésének körülményeiről több felmérés is napvilágot látott, az egyik legutolsó adat szerint a védőnők különböző tevékenységeinek havi időráfordítása átlagosan 206,6 óra a 160 órás rendes munkaidejükhöz képest (Magyar védőnők egyesületének javaslatai 2015:18).

Interjúinkból is kiderült, hogy a védőnők munkaterheik érezhető növekedéséről számoltak be, személyes tapasztalataik szerint is nő a pályaelhagyók száma (a fiatalok körében kiugró mértékben), növelve az egyre kevesebb emberre jutó terület ellátásának terheit.<sup>18</sup> Az adminisztratív vagy kifejezetten bürokratikus elvárások növekedése mellett a feladatok sokrétűbbé válása is hozzájárul a túlterheltséghez. Szinte mindenki említette a klasszikus védőnői feladatok mellett megjelenő pszichológiai segítségnyújtásból adódó feladatokat, elsősorban a kapcsolati problémák kezelését és a depressziót. Feladatuk most már kiegészül a méhnyakrákszűréssel, sokan a szoptatási tanácsadói képzést is elvégzik külön tanfolyam keretében.

A házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú háziiorvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférés tekintetében még rosszabb a helyzet. Az előregedésből adódó problémák interjúnkban is megjelentek, mint ahogyan az is, hogy a 7 év alatti gyerekek orvosi ellátása csak részben biztosított házi gyermekorvosokkal. A házi gyermekorvosok esetén az ellátandók száma magasabb a fővárosban, ami azt is jelenti, hogy a gyermekorvosnak egyszerre 10–12 védőnővel kell kapcsolatot tartania, ami megnehezíti a védőnővel a kapcsolattartást (MAVE 2014:5).

Az ellátásokhoz és a segítség különböző formáihoz való hozzáférés lakóhely szerinti egyenlőtlenségi interjúnkban is megjelentek, elsősorban településtípus, a szociális háttér és a földrajzi elhelyezkedés függvényében.<sup>19</sup>

A védőnők segítő szerepe a szoptatás terén is különösen meghatározó azokban a régiókban, ahol számos a gyerek- vagy háziorvos kompetenciájába tartozó kérdéssel találkozunk, mert például nehezen érhető el a szak- vagy gyermekorvos, vagy mert nagyon elégedetlenek ez utóbbival (egyébként nemcsak a szülők). Városi

17 A szoptatási problémák megjelenése, gyakorisága, ezek hossza elsősorban az anya dohányzásával, az alacsonyabb iskolai végzettséggel és a szülésfelkészítés hiányával mutatott összefüggést (Németh et al. 2017).

18 Egyik fővárosi (17. kerületi) védőnő interjúalanyunk 210–240 gyereket lát el, 28–30 csecsemőt nagyjából.

19 Két nőgrádi kistelepülésen élő kismama interjúalanyunk kortárs segítő csoportról vagy baba-mama klubokról nem hallott, beszámolójuk szerint ők maguk mindennel boldogultak, a család, a barátok és a védőnő segítségével (szoptatási nehézségek esetén is őket említve potenciális segítségként).

és vidéki interjúalanyaink is beszámoltak arról, hogy amikor valójában a védőnő kezébe került az irányítás: egyik esetben az orvos tudatos passzivitásáról, a másik (hajdú-bihari) esetben egy idősebb házi orvos megkerüléséről volt szó, amiben a védőnők és a szülők partnerek voltak.

Hátrányos helyzetű szülők vagy hátrányos helyzetű régió esetében a szokásos gyermekágyas, szoptatási, újszülöttápolási nehézségek alapvető egészségügyi, szociális problémákra terhelődnek rá. Szegregátumi terepünkön például interjúink szerint nagyon megnövekedett a férfiak külföldi munkavállalása miatt gyermekeiket egyedül nevelő anyák száma, illetve a védőnőknek speciális nehézséget okoz a szegény települések közötti megnövekedett és folyamatos fluktuáció, ami abból adódik, hogy a szegény családok mindig éppen oda költöznek, ahol egy kicsivel jobban megy nekik vagy több segítséget kapnak.

Nyilvánvaló, hogy a védőnők kismamákat segítő munkája sokrétű kompetenciákat kíván meg, ezért kutatásunk részletesebben vizsgálta, hogyan alakul a védőnők segítő tevékenységének lehetőségtere, illetve kényszerpályái.<sup>20</sup>

Tennivalóik településtípustól függően is különböznek. Egyik, szegregátumban dolgozó védőnő interjúalanyunk legfontosabb erőfeszítéseiként a szexuális felvilágosítást, a méhnyakrákszűrést és a mammográfiás szűrővizsgálatot emelte ki. Azonban az is kiderült, hogy ez utóbbi misszióját az önkormányzat nem támogatta, pedig interjúalanyunk minden szervező tevékenységet egyedül végzett és kezdeményezése konkrét sikerekkel is járt, például egy időben felismert és még gyógyítható emlődaganatos kliense esetében. Támogatás hiányában azonban ez a fontos kezdeményezés kudarcot vallott. A 2013-ban méhnyakrákszűrés védőnői feladatkörbe rendelését a védőnők jó része nagyon idegenkedve, rájuk erőltetett kényszerként fogadta (Hegyí et al. 2015).<sup>21</sup> Felméréseik eredményeivel egy korábbi kutatásunk során is szembesültünk, ahol a megkérdezett védőnők ugyanerről a kényszerként megélt intézkedésről panaszkodtak (Takács 2016). Egyrészt egyértelműen nőgyógyászati kompetenciának ítélték ezt a feladatot, másrészt kifogásolták, hogy nincsenek a feladathoz biztosítva a tisztálkodási/higiéniái feltételek. Több interjúalanyunk elutasító viszolygással beszélt az új feladatköréről, volt, aki nyilvánvalóvá tette, hogy kliensei egy része a vizsgálat elvégzéshez nem megfelelő módon tisztálkodik. A rendelkezés során egy medikalizált utasítást erőltettek rá egy hétköznapi környezetben működő szakmára, olyan intimitásbeli határlépést megkívánva tőlük, amely az intézményesen medikalizált, klienst tárgyiasító beavatkozások sajátja.

A méhnyakrákszűrés teljes elutasítása az egyik budapesti, pályaelhagyás előtt álló védőnő interjújában is megjelent, míg egy másik, vidéki szegregátumban megkérdezett védőnő a kezdeti tartózkodás után a munkája részévé tette ezt, mivel tudta, hogy a vizsgálat elvégzéséhez egyedül neki van bizalmi kapcsolata a helyi nőekkel. Egyébként nőgyógyászhoz sokan nem csak a bizalmatlanság miatt nem jutnak el, van, ahol a közelben nincs is nőgyógyász, a távolabbi magánrendelés lehetősége sokak előtt fel sem merül.

A méhnyakrákszűrés védőnői feladatkörbe rendelése csak egyik eleme annak a jelenségnek, hogy a védőnők egyre több szakértői szerepet kényszerülnek ellátni. Ez részben érthető, hiszen ők azok, akik a terepen mozogva személyes kapcsolatot építenek ki a családokkal, alapvető információkat eljuttatva hozzájuk és szerepv

20 „Nagyon nehéz, hogy meddig ér a kompetenciánk, és mi a hatáskörünk. [...] Mindent csinálunk azért, ami átfogó, tehát egy kicsi szociális munka, egy kicsi pszichológia, egy kicsi orvoslás, tehát egy kicsit nagyon szétcsúszik a szakma, én ezt gondolom, de hát valahol kicsit kellene az irányokat, hogy mi az, ami pontosan, vagy meddig a mi feladatunk” (zuglói védőnő).

21 A tervezett intézkedést sem a szülész-nőgyógyászati, sem a védőnői szakma sem véleményezhette, bevezetése mindkét szakma ellenkezésébe ütközött. Mint egyik védőnő interjúalanyunk esetében láthatjuk, az egyébként progresszív szűrővizsgálat megfelelő körülményekkel és előkészülettel kevesebb konfliktussal is bevezethető lett volna (igaz, számos védőnő a mai napig elhatárolódik a méhnyakrákszűréstől). Az évente újonnan felfedezett közel 10 ezer nőgyógyászati rákbetegség közül a méhnyakrák 1200 körüli Magyarországon (Hegyí et al 2015:38).

róluk. Egyik védőnő interjúalanyunk részben ezért kezelte megértéssel a rájuk háruló adminisztratív feladatokat, mert tudatában van annak, hogy mennyire fontos ez a szerepük a lakossági statisztikai adatgyűjtésben. Ugyanakkor majd minden interjúban megjelent, hogy az erre fordított idő a tényleges vizsgálatoktól és a családlátogatásoktól veszi el az időt, valamint, hogy a rendes munkaidejükön túl is jelentős időt töltenek feladataik elvégzésével. Így az elkötelezett segíteni akarás hivatástudatára alapozva a rendszer tulajdonképpen beépíti a túlórázást a munkájukba.

### AZ INTÉZMÉNYES SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ELÉGTELENSÉGEI ÉS DISZFUNKCIÓI

Az intézményes szolidaritás feltérképezése során különös figyelmet fordítottunk azokra a helyzetekre, amikor a segítségnyújtás, illetve a segítség iránti elvárás vagy igény elcsúszik egymás mellett, valamilyen akadályba ütközik. Szolidaritás- és bizalomhiányos társadalmunkban a család életébe, intim terébe belépő, kötelező adminisztrációt is végző védőnő az esetek egy részében gyanakvást vált ki. Egy a fővárosban dolgozó védőnő elmondása szerint a kismamáknak sokszor *„fogalmuk sincs, hogy mit [milyen iskolát] végeztünk, és mit akarunk tőlük”,* és gyakori, hogy a gyámhivatallal keverik őket össze. *„Látom, hogy a háta közepére kívánja, hogy itt [a védőnői rendelőben] legyen, nagyon nem szeretné látni ezt a helyet, nem érti ezt a rendszert, hogy ez miért jó, tehát hogy úgy érzi, hogy zavarja ez a megfigyelés, a követés”* (Budapest, 6. kerületi védőnő).

Szegregátumban vagy akár csak rosszabb körülmények között élő családokat segítő interjúalanyainknak külön nehézség a bizalmatlanság és a félelem elleni küzdelem. A szegregátumok kliens-segítő viszonyai eleve előítéletekkel terhelték, a segítségnyújtásnak és a szolidaritásnak egészen más lehetőségtere és elváráshorizontjai jelennek meg. Ezekben a családokban a csecsemővel, kisgyermek testvérrel való foglalkozás egészen fiatal kortól kezdve a lánygyerekek életének része, a terhesség és a szoptatás is jóval kevésbé „epizodikus” és egyedi esemény, mint a középosztálybeli családok esetében. Ennélfogva a védőnői segítségnyújtást kevésbé értéként, hasznos(ítható) tudásként értékelik, hanem inkább kontrollként.

Mivel a védőnői intézmény más állami intézményekkel, elsősorban a családsegítő, gyermekvédelmi szolgálatokkal áll kapcsolatban, ez megnöveli a bizalmatlanságot, gyakran az intézményes segítségnyújtást elhárításához vezet. De a civil kezdeményezések esetében is nehéz a segítség elfogadásához szükséges bizalmat megszerezni. Például egy szegregátumban dolgozó védőnő úgy fogalmazott, kimondottan bátorság kell egy itt élő kismama részéről, hogy belépjen a védőnői együttműködéssel működtetett Biztos Kezdet Gyerekházba, egy a megszokottól teljesen eltérő közegbe. Ezt tulajdonképpen úgy sikerül elérni, ha egyik anya segít behozni egy másikat, illetve nagyon fontos szerepük van a szegregátumban lakó (vagy korábban ott lakó) roma segítőknek, akik hídszerepet töltenek be a segítők és a segítették, valamint a roma és nem roma közegek között.<sup>22</sup> Fővárosi interjúalanyaink is kiemelték, hogy a kevésbé iskolázottakra jellemző, hogy ameddig lehet, próbálják családon belül, idegenek bevonása nélkül megoldani a nehézségeiket, minél magasabb iskolai végzettségű valaki, annál könnyebben kér tőlük vagy másmilyen intézményi segítséget.

Olyan alapvető problémákat, amelyek szorosan összefüggenek segítő munkájukkal, de amiben nem tudnak segítséget nyújtani, a védőnők kérdés nélkül is megfogalmaztak. Ezek elsősorban a lakhatás, az anyagi és párkapcsolati problémák, illetve a pszichológiai segítségnyújtás intézményes hiánya. Szintén hangsúlyosan jelent meg a kapcsolaton belüli erőszak problémája, valamint a vetélés is. Konkrét teljesíthetetlen elvárásokként a bölcsődei férőhelyekhez hozzájutást, illetve a munkajogi kérdések, a segélyezési szabályok, az orvosi leletek értékelésében tulajdonított kompetenciák hiányát említették még. A szülők nagyon gyakran kérnek tanácsot

<sup>22</sup> Lásd Sik Domonkos és Zakariás Ildikó tanulmányát (2021) a közvetítők szerepéről a szolidaritási és segítségnyújtási aktusokban.

a gyerekorvos kiválasztásához, amit a megkérdezettek elhárítanak. Volt olyan védőnő, aki hangsúlyozta, hogy csak a körzetébe tartozó gyerekeknek és anyáknak segít, a nem hozzá tartozó kliensekkel még egy-egy tanács megosztását is etikátlannak tartja. Ugyanakkor a hajdú-bihar megyei szegregátumban láthattuk, hogy az intézményes segítők (védőnők, szociális munkások, óvodapedagógusok) és a páciensek is hallgatólagos megegyezéssel kerülnek meg a helyi gyerekorvost és fordulnak a védőnőhöz egészségügyi kérdéseikkel, problémáikkal is, akik azután útba is igazítják őket. A (szabálytalan) kompetenciátüllépés és a segítő szándék összefonódására egyébként másik példát is találtunk interjúinkban egy frissen szült hajléktalan kismama esetében, akinek egy kórház jó összeköttetésekkel rendelkező magasabb rangú dolgozója „talált” megfelelő helyet a kismama és újszülöttje együtt tartására.

A szociális lakásbérlet problémái élesen jelentek meg budapesti szakértői interjúalanyainknál. Az egyik védőnő a szabályzat nem szándékos, ámde vállalhatatlan következményeire mutatott rá, amikor elmondta: *„Azok miatt szoktam rosszul érezni magam, akiknél, [...] mondjuk nincs olyan ok, amiért nagyon tudsz jelezni, mondjuk nincsen bántalmazás, igazából nincsen veszélyben a gyerek, csak mondjuk 10 négyzetméteren laknak hárman, ami itt simán van. [...] Tök rosszul éreztem magam, mert annak a gyereknek ott azért, én erősen sejtettem, hogy az a gyerek ott, tehát hogy úgy el fog tűnni valahova az éterbe. Meg tudom, hogy mindig olyan lakásokban lesz, ahova azért nem engednék haza, tehát hogy egyszerűen nem egészséges környezet egy gyereknek, és az ilyenek azok úgyesen eltűnnek. De mindig ott van, ahol így megvan a jószándék a szülőben, de igazából a körülményei meg indokolnák, hogy nekem most így egy jelzést illene tennem. Azok miatt mindig rosszul érzem magam, mert hát így úgy érzem, hogy így feljelentem. De igazából nem az történik, hogy így lesz egy családgondozója, aki segít és esetleg lesz egy normális lakás, meg jobb esélyük lesz, hogy valahova így felveszik szociális lakásba, vagy ilyesmi”* (6. kerületi védőnő). A 6. kerületben kimondottan nagy a lakhatási szegénység, itt nagyon sokan laknak szociális bérlakásban, amelyek „általában botrányos állapotúak”, de – mint ahogy interjúalanyunk megjegyezte – a családoknak legalább van egy állandó helyük. Frusztráló helyzet, amikor az anyaoththonok, családok átmeneti otthona telített, és nem tudnak segítséget nyújtani ahhoz, hogy a család ne kerüljön az utcára, a gyerekek pedig állami gondozásba.

A szegénység kezelésének intézményi elégtelensége védőnői és orvosi szakértői interjúinkban is megjelent. *„Tudod, én látom, hogy ebben a két és fél évben is mennyire szegényednek el az emberek, de hát arról nyilván nem beszélgettünk”* (6. kerületi védőnő, az interjú 2019 nyarán készült). Az egyik Hajdú-Bihar megyei gyerekorvos azokról a szegénységben élő romákról is beszélt, akik nem tudják megvenni a gyerekeik gyógyításához szükséges gyógyszereket, eszközöket, és csak végső esetben fordulnak az orvoshoz, amikor már nagy a probléma. *„Sajnos egyre többen vannak”* – tette hozzá. A szegénységből adódó problémákat a budapesti szoptatási specialista orvos interjúalanyunk is többször említette. A következő interjúrészletből az is kiderül, hogyan sikerült „megoldani” egy szoptatási probléma és a szegénység együttjárását, ami megint csak a szolidaritás esetlegességeire hívja fel a figyelmet: *„ami pedig a pozitívum, ahogy tudtunk mégis segíteni, hát ez egy szegény asszony, arra sem volt lehetősége, hogy mellszívója legyen, viszont ... hát, itt az osztályon beszélgettünk..., hát, nem adunk haza semmit a mi dolgainkból, tehát így egy kicsit összegyűltünk és megbeszéltük, hogy viszont akkor elveszünk minden esélyt attól, hogy legyen tej, még mire hazakerülhet a gyermek, úgyhogy úgy döntöttünk, hogy a kézi mellszívónkat odaadjuk az anyukának”* (budapesti kórházi orvos, szoptatási tanácsadó).

A sok kismama életét meghatározó szociális nehézségek mellett a védőnők a kismamák jólétét meghatározó párkapcsolati problémáknál nyújtható segítségnyújtás terén bizonytalanok. Részben feladatuknak is érzik a párkapcsolat stabilitásának elősegítését, másfelől konkrét segítségkérés esetén tanáccsal kell

szolgálniuk és nagyon ambivalens, esetenként zavarba ejtő feladat, amikor akár egy válófélben lévő családban, akár egy gyaníthatóan bántalmazó kapcsolat vagy akár nyíltan közölt szexuális problémák esetén kell segítséget nyújtaniuk. Ez utóbbiak esetében vállalták fel a legkönnyebben a megkérdezett védőnők közül a kompetenciájuknak megfelelő szakértői szerepüket és szakembereket javasoltak (andrológust, pszichológust, párterapeutát, pszichiátert, férfi szakorvost), de azt is többen megjegyezték, hogy az apákat nagyon nehéz (vagy lehetetlen) bevonni a nehézségek kezelésébe.<sup>23</sup>

A családon belüli erőszak problémája a budapesti szakértői interjúkban jelent meg erőteljesen (és spontán módon). Miközben „a családon belüli bántalmazás viszonylag gyakori dolog”, arra nincs megoldás, hogyan lehet megszabadulni az erőszaktevő férfiaktól. Sem az összevert nőket, sem a családot nem tudják anyaotthonba és a családok átmeneti otthonába bemenekíteni, mert az üres helyekre hónapokat kell várni, így a nők ismerősöknél próbálnak éjszakázni, ahol az erőszaktevők könnyen utoléri őket. „Az ilyeneknél meg hiányzik az, hogy gyorsan tudsz reagálni” (zuglói védőnő). Védőnőként hiába jelzi a gyermekjóléti szolgálatnak a családon belüli erőszakot, nem történik semmi, olyankor sem, amikor az összes, a családdal érintkezésbe kerülő intézményben (óvoda, iskola, gyámügy, gyermekjóléti szolgálat, iskolavédelem és a rendőrség) tudnak a helyzetről és látják az erőszak nyomait. Ez a zuglói (egyébként pályaelhagyásra készülő) védőnő keserűen állapította meg, hogy mennyire a támogatás hiányával jellemezhető közegben mozog. Egy a 6. kerületben dolgozó védőnő a családon belüli erőszak kapcsán azt emelte ki, hogy még azokkal is nagyon nehéz a bántalmazásokról beszélni, akikkel jó a kapcsolata, mert a bántalmazottak félnek.

A pszichológiai segítség intézményes hiánya hangsúlyosan és szintén spontán módon jelent meg a szakértői interjúkban. A megkérdezettek kliensei közül csak nagyon kevés anya jut el fizető magánpraxisba szorongás, pánikbetegség, depresszió esetében akár a gyermekágyas időszakban vagy azt követően. Sőt, a kismamák jellegzetes pszichológiai problémáinak már csak a felismerése is alapvető hiányossága rendszernek: még a jó módú páciensek sem jutnak el megfelelő segítséget nyújtani tudó szakemberekhez, mivel nagyon kevesen specializálódtak e területre. Például spontán vetéléssel, az orvosi vagy művi abortusszal kapcsolatos pszichológiai és egyéb problémákra egyik intézményes szereplő vagy segítő hálózat sincsen megfelelően felkészülve, noha évente 15–18 ezer spontán vetélés történik, aminek 30%-a már középidős vagy megszületett magzat (KSH 2020a, illetve éves bontásban: KSH 2020b).

### EGY (NEM IS ANNYIRA) KIVÉTELES ÁLLAPOT – A VETÉLÉS

Egy magzat vagy újszülött elvesztésének sokkját átélő kismama felépülését, illetve ennek támogatását az intézményes gondozás gyakorlatai is megnehezítik. Védőnői beszámolóiból tudjuk, hogy az elvetélt vagy halva szült nőket nagyon gyakran teszik egy kórterembe a műtéti úton szült anyákkal, akik az újszülöttjeiket szoptatják, és ez nagyon megviseli a magzatukat/gyermekeiket gyászoló nőket. Pszichológiai segítséget nem kapnak, pedig ezekben a helyzetekben az empátia teljes hiányát mutató kórházi gyakorlat nélkül is nagyon könnyen kialakul a magára hagyatottság, a befelé fordulás, a depresszió spirálja. Ennek kezeléséből a védőnő segítsége is kimarad, egyik interjúalanyunk szerint azért, mert a „gyermekágyas” kifejezetten kerüli azokat a helyzeteket, ahol terheseikkel, kismamákkal találkozhat (Herbai 2018a).

A támogatás szűkre szabott, „a TB sem ad erre 2–4 hétnél tovább [időt], igazából a háziorvos jóindulatán múlik, hogy azt a négy hetet is megadja arra, hogy ez a fizikai, pszichés regenerálódás úgy nagyjából

23 Vö. Neményi Mária és Takács Judit tanulmányával (2007) az apák szerepéről védőnők megkérdezése alapján, amelyből kiderült, hogy a védőnők szeretnék, ha az apák jobban bevonódnának a csecsemők és a kisgyermekes körüli feladatok ellátásába, és ez az igény a védőnők életkorának emelkedésével egyre nő.

*megettörténjen*” (védőnő, maga is művi vetélésen esett át). A védőnői interjúkból az is kiderült, hogy vetélés esetén az ő fő stratégiájuk a következő babára készülés hangsúlyozása, amelynek része a magzatát, gyermekét elvesztő nő pszichés támogatása. Mivel az önhibáztatás is nagyon gyakori a nőknél, ennek legfontosabb eleme a bűntudat föloldása, és bizonyos esetekben a környezetük rosszindulatával szembeni megerősítés. Pszichológus segítsége ilyenkor sem áll rendelkezésre, noha az esetek egy részében a párkapcsolat is sérül vagy megszakad. Ez utóbbi *„inkább akkor fordul elő, amikor halvaszülés történik. Az úgy jobban megviseli a kapcsolatot. Az a kérdés, hogy mi az oka? Például egy nehezen összejött terhességnél, ha nincs oka, akkor mindig a 'miért' keresés van a párban*” (Herbai 2018b). A kismama és az elvetélt „gyermekágyas nő” közötti határátlépés drasztikusan és személytelenül zajlik, a kismama gyermekével együtt egyszerre veszíti el jogosultságait, anyai pozícióját.

Ebben a kontextusban még azokat a helyzeteket is említjük meg, amikor a védőnők érezték magukat teljesen tehetetlenek. Ilyen, amikor fejlődési rendellenességgel születik meg egy baba. Az interjú időpontjában egyik interjúalanyunk közeli vesztesége egy agydaganatos újszülött halála volt, de elmondta, hogy korábban is volt két-három újszülötthalállal végződő „embert próbáló” esete. Ezek a helyzetek a védőnőket is nagyon megviselik, ugyanakkor rájuk és az orvosokra van bízva, hogy biztassák a szülőket, *„hogy ne vegye el a reményt a fejlesztéstől”* a súlyos fogyatékkal megszülető gyermekek esetén (védőnő, Herbai 2018b). Miközben – ahogy a legutóbb idézett interjúalany hangsúlyozta – *„túl sokat nem tudunk tenni. És néha nehéz még megszólalni is, de meg kell szólalni”*. Továbbá elmondta: az is nehéz, hogy mind a saját érdekében, mind szakmai okokból is távolságot kell tudni tartani és nem bevonódni a helyzetbe, ugyanakkor támogatást is kell adni, hogy *„ő [a szülő nő] is tudjon továbblépni, mert ne egy depresszióba süllyedjen bele”*.

#### A SEGÍTSÉGNYÚJTÁS NEHÉZSÉGEI A MEGKÉRDEZETT SZAKÉRTŐI INTERJÚALANYOK SZEMSZÖGÉBŐL

Interjúalanyaink több olyan csoportot is megneveztek, akiknek különösen nehéz segítséget adni. Ilyen a tartósan beteg vagy fogyatékos gyermeket nevelők helyzete, akik fokozott odafigyelést és támogatást igényelnek az intézményes rendszerekben való eligazodáshoz. *„Az értelmi fogyatékos gyereket, vagy bármilyen más okból ápolást végző családok, akik még rengeteget szívnak. Tehát hogy nekik, igen na, ők azok, akiket nagyon kell irányítani, meg támogatni, tehát hogy odataláljanak, ahol nekik lenniük kellene. Tehát nagyon könnyű őket elveszíteni a rendszerben, nem jutnak egyről a kettőre, mondjuk ugyanazzal a problémával, mint valaki, aki kicsit jobb körülmények között él vagy egészséges a gyereke alapból. Tehát, hogy így kisebb baja van, sokkal könnyebben el tud jutni azon az úton, és eljut mondjuk ahhoz a pszichiáterhez, mint az, akit én itt kiszűrök, hogy itt tuti van valami gáz és menjünk tovább, nehéz őket benyomni*” (zuglói védőnő). Más típusú nehézség a pszichiátriai problémákkal küzdők csoportja, valamint azok a külföldiek, akikkel a közös nyelv hiánya miatt nem lehetséges a kielégítő kommunikáció. Szinte minden interjúalany kitért a romákra – néhány vidéki interjúalany szóhasználatában „kisebbségekre”. A sokszor a romákhoz társított (mély)szegénység problémáin túl az intézményes dezintegráltság jellemzői is megjelentek például az előző zuglói védőnő szerint: *„ott [ezekben a családokban] mondjuk az a rendszeres probléma, hogy senki nincsen bejelentve, olyan munkahelyeken dolgoznak, amik egyébként hiányszakmák, például építőipar, a nők 90 százalékban takarítanak és egyik sincs bejelentve. [...] Ezek az emberek általában nem nagyon látják át ezeket a jogi dolgokat, hogy ilyen napi bejelentést, hogy napi bejelentéssel jelentgették be szépen, ami nem képezi a CSED-nek az alapját, tehát hogy ő úgy mindentől elesik”*.

Az intézményes segítségnyújtás tipikus későmodernitásbeli akadály a szakmai autoritás meggyengülése. A korábbi autoritásproblémák tipikus elemei azonban meglepő módon nem jelentek meg, például a nagymamák gyermekgondozási gyakorlatával vívott harc csak nagyon elvétve került elő interjúinkban, ami ugyanakkor



nagyon is összecseng a kismamák magukra utaltságával, akár elszigeteltségével.<sup>24</sup> Arra is számítottam, hogy a kismamák interneten való tájékozódása is ambivalens érzéseket vált ki a védőnőkben, szoptatási tanácsadóknak, de konkrét kérdésre válaszolva pozitívan és magától értetődően nyilatkoztak erről.

A védőnők tekintélyének meggyengülése, szaktudásuk lekicsinylése jellemzően két esetben fordul elő. Az egyik a családok elzárkózása, nagyfokú bizalmatlansággal és értetlenséggel, amikor gyakran megkérdőjelezik az elhangzottakat, esetenként megalázó módon bánnak és beszélnek a védőnővel. Ezt a több évtizede tevékenykedő önmagát „nagy mama” habitusúként jellemző és a csak néhány éve dolgozó (és rövidesen pályaelhagyó) fiatal védőnő egyaránt említette, és beszámolójuk szerint éppen úgy jelen van a fővárosban, mint a szegregátumi környezetben élők, a magas és a nagyon alacsony iskolai végzettségű anyák között, akiknek semmiféle tudásuk nincsen a védőnői hálózat funkciójáról.

A szakmai autoritás kétségbevonásának másik főbb típusa a kompetenciák megkérdőjelezése a szülők részéről. Ugyanakkor néhány szakértő interjúalany maga említette meg, milyen gyorsan változnak meg irányelvek például az oltásokra, az etetésre vonatkozóan, „*ami talán most itt elég nagy kavart okoz*” (Fővárosi koraszülött klinikán dolgozó orvos, szoptatási tanácsadó). Egységes rendszer híján szakmai körlevelekben próbálnak egységes eljárásmódot bevezetni, amit orvos interjúalanyaink előrelépésként értékelték.

Mint már említettem, a védőnők egy része külön szoptatási tanfolyamot végzett, de volt olyan védőnő interjúalanyunk, aki ezt határozottan elutasította, hiszen birtokában van a megfelelő tudásnak. Megkérdéztet szoptatási tanácsadó interjúalanyaink külön kitértek a védőnők körében jellemző elégtelen szoptatási ismeretekre, védőnő interjúalanyaink között viszont voltak, akik a laikus szoptatási tanácsadók kompetenciáit kérdőjelezték meg. A védőnők és a szoptatási tanácsadók közötti nagyon eltérő viszony (konkurencia, segítségnyújtás) bemutatására álljon itt három példa. „*Igazából nekünk az a véleményünk, hogy a szoptatási tanácsadó a mi munkánkat végzi gyakorlatilag, jó sok pénzért, tehát én nagyon nem szoktam senkit szoptatási tanácsadóhoz küldeni, senkit. Ettől függetlenül, inkább tőlem függetlenül, úgy mondom, választják jó néhányan a szoptatási tanácsadókat. Nincsen jó kapcsolatunk*” (budapesti agglomerációban dolgozó védőnő). Ebben az esetben a védőnő szinte konkurenciaként tekint a szoptatási tanácsadókra, és kompetenciáikat is magának (magukénak) vallja. A második beszámoló ambivalensebb magatartást tükröz: „*Tehát sokkal többször volt, hogy jaj, istenem, ő [a védőnő] most mit is akar itt, és miért kellene ezt ilyen sűrűn vele [...] és ők például sokkal szívesebben szoptatási tanácsadónak fizetnek pénzt. Ezzel én szembesültem jó néhányszor, hát ilyenkor nem tudok mit tenni, én gyakorlatilag azonnal félre álllok, hogy ha ő engem nem kíván különösebben. Ráadásul tudom, hogy ha van egy szoptatási tanácsadója, akkor úgyis azt az irányvonalat fogja követni, amit ő mond neki. [...] Nem tudom, lehet, hogy... nem tartják sokra a védőnőt, vagy úgy gondolják, hogy ez, ez azért sokkal speciálisabb terület, és akkor itt van ez a szoptatási tanácsadó, hát..., meg ők aztán hozzák ezt a kötődő-nevelős vonalat*” (9. kerületi védőnő). Az interjúalany egyfelől azt érezteti, hogy itt egy nem egészen megalapozott, érzelmi alapú döntésről van szó, ugyanakkor elfogadja a kismamák döntését, a saját logikáik mentén értelmezve a lépést. A harmadik esetben – ahol egy fiatal, még gyermektelen védőnő volt az interjúalany – egyértelmű a feladatmegosztás elfogadása és a kompetenciakörök különválasztása is:

„*Tehát, volt olyan alkalom, amikor azért küldtem a gyereket, vagy azért szerettem volna, ha egy szoptatási tanácsadó is nézzen rá arra, hogy ő jól szopik-e, mert egy látványosan hipotón kisbabát máshogyan kell szoptatni egy kicsit, mint egy normál tónusú babát, és akkor ott, tudod, azt éreztem, hogy ez egy átlagtól eltérő téma, hogy ebben nekem nincs akkora gyakorlatom. [...] Amikor tipikusan szeretem, ha más is látja,*

<sup>24</sup> „Hogy jelen van az ember [a védőnő] a családok életében, azt szó szerint kell érteni, mert sokszor többet beszélgetünk mi, mint a nagy mama-nagypapa az anyukákkal” (budapesti védőnő).

*mondjuk, az a visszatérő mellgyulladás, meg amikor a baba nagyon nehezen akar mellre tapadni, [...] vagy mondjuk, ha látok valami olyat, hogy szülési sérülés-gyanús, tehát, mondjuk, egy ilyen fura fejtartás, akkor már azzal nagyon nehéz szoptatni” (14. kerületi védőnő).*

Az első idézethez tartozó, fővárosi agglomerációban készült interjúban a laikus szoptatási tanácsadók nem voltak nevesítve, de a kontextusból nyilvánvaló volt, hogy a *La Leche Liga* segítségével szoptatási tanácsadóvá kiképzett laikus anyákról van szó. Az is jelenthet problémát, hogy egyszerre több szinten zajlik a szoptatási tanácsadás: a laktációs szaktanácsadókon, szakértő orvosokon kívül vannak civil szerveződések, például az anyaszerveződési *La Leche Liga* csoport, és vannak önkéntes szoptatási tanácsadók is. Interjúinkból kiderült, hogy azzal, melyik szinten milyen típusú tanácsadás meddig elég, vagy mire való, és meddig terjednek a kompetenciahatáraik, néha a szintek képviselői sincsenek tisztában. Mindemellett szoptatási tanácsadó orvos interjúalanyunk az elvileg professzionális védőnői segítségnyújtás hiányosságait is kiemelte: „A legnagyobb bajt szerintem, tehát van ez a nagyon jól működő és felépített védőnői hálózat, aki a kulcsa lehetne ennek a, ennek a... ezen problémák megoldásának, és sajnos az a tapasztalatom, hogy az ő képzésükben hiányos ez a dolog, tehát nincs elegendő óraszám arra, hogy ennek a gyakorlati segítség részét megtanulják. Holott hát, az lenne a legkézenfekvőbb, hogy ők nagyon jól képzettek legyenek, és akkor nem is nagyon... csak a speciális eseteknek kéne feljebb jutni ennél. [...] És persze vannak kivételek, bocsánat, mert vannak tökéletesen képzett védőnők, aki elkötelezett, tovább képezte magát” (fővárosi koraszülött klinikán dolgozó orvos, szoptatási tanácsadó).

#### AZ INTÉZMÉNYEK SZOLIDARITÁSHIÁNYOSSÁGAI KIVÁLTÓ MEGOLDÁSOK

A védőnői segítség azonban nem mindig, mindenhol és mindenki számára volt elérhető vagy kielégítő lehetőség. Kismamákkal készült interjúinkban egyértelműen kiderült, hogy ebben az életszakaszban is a legfontosabb segítséget a család és/vagy a barátok jelentik. A támogatás- és segítségkérés, valamint a segítségnyújtás másik különösen elterjedt formája az online térben jön létre.<sup>25</sup>

Az intézményes és családi szolidaritás mellett interjúinkban az alternatív segítségnyújtás következő formái jelentek meg: szakértői oldalról a laikus szakértők, illetve egy esetben az egyházi karitatív tevékenység, valamint a piacon megvásárolt szolgáltatások. Ez utóbbira érdekes példa az altruista önkénteskedésből fizetett szolgáltatássá átalakuló gyermekmegőrzés, melyről egy védőnő számolt be. Ugyanakkor a kismama élethelyzetet Magyarországon meghatározó intenzív anyaság ideológiája sok szempontból gátat szab a fizetett segítség alkalmazásának: az anyákat egyrészt pótolhatatlannak tekinti a gyermek harmonikus fejlődésének biztosításában, másrészt olyan önfeláldozó szerepre szocializálja őket, melyet a folyamatos rendelkezésre állás, a gyermek(ek) érdekeinek mindenek fölé helyezése jellemez.

Az intézményi szolidaritás elégtelenségeinek kiváltására megjelenő formák feltérképezése során rákérdeztünk az önszervezés különböző módjaira. A szakértői interjúk során kiderült, hogy az önszerveződő kismama-körök, baba-mama klubok a megkérdezett védőnők maximális támogatását élvezik, még olyankor is, amikor nem is látnak bele a tevékenységükbe. Ők maguk nem szerveznek ilyet, nincsen rá idejük és energiájuk, bár volt interjúalany, aki korábban működtetett egyet. Kimondottan örül(né)nek, ha anyák létrehoz(ná)nak ilyen önszervező csoportokat, vagy ha csak összejár(ná)nak beszélgetni. A tájékozódás, konkrét problémamegoldás mellett a csoportok legfőbb funkcióját a pszichés és szociális terhek csökkentésében látják, és voltak, akik állították, hogy az azonos élethelyzetben lévők tanácsa többet ér, mint saját szakértői javaslatuk. A csoportok előnyeiként tartották számon, hogy látják egymás gyerekeit, ami az aggodalmakat és a bizonytalanságokat

<sup>25</sup> Kutatásunkban az intézményes segítségnyújtásra fókuszáltunk, a családi/baráti/online kortárs szolidaritás megnyilvánulásainak bemutatása itt nem volt célunk.

csökkenti, valamint az elszigeteltséget és az elmagányosodást is, a csoportos együttlét az anya jólétéről is szól, nemcsak a gyerekéről, a rászorulóknak gyors segítséget tudnak adni a szükséges holmik beszerzésével. A speciális betegséggel, fejlődési rendellenességgel született vagy lassabban fejlődő gyerekek szüleinek is „*nagyon sokat tud segíteni, egy kicsit a pszichés terhet meg a szorongást csökkenti, ha látja, hogy a másíknak is sikerült, ő is túl van rajta, végigcsinálta, tehát ennek van sok pozitív hozadéka*”. Volt, aki azt is elmondta, mennyire jó volna ebbe az apákat is bevonni valahogyan. Kisebb részben aggodalmakat is megfogalmaztak, például éppen a gyerekek értelmetlen összeméretegetése (kinek fejlődik gyorsabban a gyereke), valamint a téves és ellenőrizetlen információk továbbadása kapcsán, hiszen nem látnak bele a csoportok tevékenységébe. Ugyanakkor mindezzel együtt mindegyik védőnő támogatta (volna) az önszerveződő baba-mama csoportokat. „*Nem nagyon ismerek ilyen önszerveződő csoportokat, ami nekem nagy szívfájdalmam, mert én Finnországban voltam gyakorlaton és megszoktam, hogy az ott működik és nagyon szerettem volna, ha itt is van ilyen anyuka csoportunk. Meg akik még jártak néhány évvel ezelőtt, volt itt baba-mama klub, azok visszasírják azt, hogy nekik milyen jó közösségük volt, de mivel aztán a kolléganőim egyáltalán nem voltak fogékonyak, és amikor csináltuk is, mindenki a háta közepére kívánta, meg nem hirdették, és akkor egy-két emberek voltak, akkor azért így ez elsikkadt. Én amúgy bepótoltam azzal, hogy igyekszem összehozni az egy házban lakó vagy így egymáshoz közel lakó, egymáshoz talán kompatibilis anyukákat, hogy lógjanak együtt és szervezzék meg a hatodik kerület csoportját, és egyébként ez így el is indult.*” (Budapesti védőnő, 6. kerület) Kiderült, hogy az egymáshoz közel élő anyukák kapcsolódását olyan véletlenek segítik elő, ha a védőnő mindig ugyanazt a helyszínt ajánlja nekik babamama tornára vagy fejlesztő foglalkozásokhoz.

Kutatásunk eredménye szerint az önszerveződő csoportok leginkább akkor jönnek létre (illetve maradnak fent tartósabban), ha a létrehozó anyuka vagy anyukák nemcsak nagyon motiváltak, hanem valamilyen szakértői szerepből származó önbizalommal vágnak bele a szervezésbe. Ez leggyakrabban valamilyen egészségügyi vagy pedagógiai végzettséget jelent (esetünkben: ápoló, orvos, óvónő), de védőnő kismamák is kezdeményeztek ilyet. A másik csoportszervező erőre a szakértői interjúalanyok hívták fel a figyelmet, ők a speciális betegségekben, fogyatékoságokban érintettséget (Down-kor, látássérülés, fejlődési rendellenesség), valamint a szülést, gyerekágyi depressziót feldolgozó csoportokat emelték ki, de volt olyan kerület, ahol például a „hordozósok” alakítottak ki önszerveződő csoportot (6. kerület).

Az interjúkból az is kiderült, hogy ezek az önszerveződő csoportok akkor maradnak fent hosszabb távon, ha valamilyen módon intézményhez kapcsolódnak. Ez lehet egy védőnői helység, egy művészeti ház, egyházi, kórházi vagy védőnői védettséget, a La Leche Liga támogatása. Ez utóbbi szervezet saját honlapján teszi nyilvánvalóvá, hogy „a Ligában a segítők azok olyan anyukák, akik maguk is szültek és szoptattak és akár több gyereket szoptattak” és akik saját szoptatási nehézségeik (elsősorban a kórházi gyakorlat következtében jelentkező problémák) miatt váltak a szoptatási problémák ismerőivé, majd szakértőivé. A La Leche Liga szoptatási szakértőkké vált anyukái hálóbdaszerű toborzás során hallanak és kapcsolódnak a szervezethez, céljuk a szoptatási nehézségekben önzetlen segítséget nyújtani másoknak. Az – egyébként nemzetközi – szervezett maga is intézményesedett, s mintegy komplementer módon, sikeresen egészíti ki az egészségügyi intézmények szoptatás területén jelentkező elégtelenségeit, diszfunkcióit.

## ÖSSZEGRÉS

Már a rendszerváltozást megelőző kutatások is kiemelték, mennyire magukra vannak utalva a kismamák, akik nemcsak térben lehetnek távol saját szüleiktől, hanem mentalitásban is: nem tudják és nem is akarják követni a nemzedékkel korábban alkalmazott praktikákat (Hanák, 1988, 1991). Az a helyzet, hogy „csaknem mindenkinek „egyedileg” kell végigjárni az utat, újra meg kell tanulnia a mai helyzetben hogyan kell, lehet, jó várni a gyereket, levezetni a szülést, felnevelni a gyereket” (Losonczy 1998:22) szintén ráerősít(het) kismamák által megfogalmazott másik probléma, a magány megéléséhez, mely az első hónapokra, évekre egyébként is jellemző elszigetelt helyzet gyakori velejárója. A szülői segítség hiánya interjúinkban is megjelent, valamint az is, hogy nem mindenki fordul a védőnői szolgálathoz segítségért, mely utóbbi okait részletesebben bemutatam. Mind a kismama, mind a szakértői interjúk megerősítették, hogy a szülő nők a gyermekágyas időszak nehézségei tekintetében is tájékozatlanok, számos kérdésben nem tudják, hogyan járjanak el és hogyan tájékozódhatnak, valójában semmilyen szakmai vagy nyilvánosságban megjelenő szakértői diskurzus nem segíti ebben őket.<sup>26</sup>

A kismama élethelyzet sajátos nehézségeinek leküzdésében a kismamák kifejezetten ezek megsegítésére létrehozott védőnői rendszer mellett, illetve helyett<sup>27</sup> elsődlegesen a családi szolidaritásra támaszkodhatnak. A családi segítségnyújtás már a szüléset intézményi szintjén is meghatározó: az apák vagy kisebb részben más családtagok jelenléte a szülés során lelki és fizikai támogatást, valamint az intézményi szolidaritás hiánya miatt kiszolgáltatott szülő anyának a kórházi bánásmóddal szembeni védelmet is jelent. Szintén a családi szolidaritás formája lehet az anyának biztosított fizetett segítség (legyen ez legálisan megvásárolt szaktudás, segítség, vagy kórházi hálapénz). Jól érzékelhető az utóbbi évtizedekben erőteljesen kiépülő piaci professzionális segítségnyújtás is, amely egyértelműen az intézményi szolidaritás hiányosságainak kompenzálására jelent meg (szoptatási tanácsadás, korai fejlesztés, gyógytorna, alapozó torna, beszédindítás, pszichológiai tanácsadás stb.).

Kutatásunk célja azonban az intézményes segítségnyújtás hiányosságainak és a megoldásai kísérleteinek feltérképezése volt: hol és hogyan csúsznak el egymás mellett a segítői helyzetekben a szándékok, az igények és az elvárások. Arra kerestük a választ, hogy milyen helyzetek maradnak kezelés nélkül, milyen, a terepen speciálisan megjelenő szolidaritás ellen ható tényezőket fedezünk fel, hogyan jelenik meg terepükön a szakértői tudás válsága, hogyan jelenik meg a laikus szakértői tudás, illetve a segítő szerepeknek milyen alternatívái jelennek meg. Az intézményi szolidaritást a szüléseti kórházi ellátás már ismert szolidaritáshiányos sajátosságain túllépve túlnyomórészt a védőnői hálózat és az állami laktációs szakértő intézményen keresztül vizsgáltuk. Szakértői interjúinkból az derült ki, hogy a kismamákat érintő problémákat az egészségügyi és szociális intézmények „lefelé” nyomják a rendszerben. Így a védőnők és a gyerekorvosok sokszor kompetenciájukat meghaladó egészségügyi vagy szociális problémák megoldásának elvárásaival szembesülnek. A védőnők esetében nyilvánvalóvá vált, hogy a két különböző – egészségügyi és szociális – alrendszer feladatai és megoldási logikái az ehhez felkínált megoldási eszköztárral szétfeszítik a védőnői funkció kereteit. Az is látható interjúinkból, hogy a különböző mezők (kórház, védőnő, kortárs segítség) csak esetlegesen kapcsolódnak össze, a különböző logikával (normával, stratégiával) működő mezők széttartanak. A segítő aktivitás – legyen akár professzionális vagy laikus – ott is önmagát kényszerül felépíteni (intézményesíteni vagy piacósítani), ahol a különböző kompetenciaterületek, szakértői mezők egymásra épülhet(né)nek.

<sup>26</sup> A szülés utáni időszak megítélése a szülő nők körében az utóbbi évtizedben ráadásul tovább romlott (Deákné et al. 2019:66).

<sup>27</sup> Arra vonatkozóan nem találtam becslést, hogy mekkora arányban nem tudnak vagy nem akarnak élni a kismamák a védőnők nyújtotta segítséggel.

A segítségnyújtásnak azokkal a formáival is találkoztunk, amikor ezek az intézményes szolidaritás szabályainak átlépésével történtek meg: ezek a konkrét segítő vagy szolidaritási aktusok jelenhetnek kompetenciátúllépést, szabályszegést.

Mindez összefügg az intézményi rendszerek működőképességének átalakulásával. A későmodernitás egyik jellemzője, hogy szocializációt végző intézmények programja soha nem függött ennyire erősen az intézményt képviselő személyétől, kompetenciáitól. Így adott intézményi program – esetünkben például az anyaságra szocializálás – társadalmi elvárásainak elsajátíttatása az intézményes képviselő személyére terhelődik (Dubet 2002). Ez a feladat, ennek minden kreativitásával, lehet vonzó kihívás, de nagyon erősen kötődik az önkizsákmányoló hivatássá váláshoz. A védőnők (és megkérdezett orvos szakértőink is) ennek teljességgel tudatában vannak, hiszen a védőnői intézmény maga a giddensi értelemben vett reflexív intézmény (Giddens 1990) – már ami az intézményes programot illeti. A reflexívvé váló intézmények perszonalizálódásával és az intézményes keretek (szabályok, stratégiák, programok stb.) rugalmassá válásával azonban az intézmények nevében eljárókra hárul az a teher is, hogy kezeljék a diszfunkciókat és erősítsék az emancipatorikus tendenciákat. Ez a helyzet létrehozhat új hatalmi viszonyokat és a szolidaritás új megnyilvánulási formáit is.

Egy ilyen átalakuló társadalmi környezetben nem meglepő, ha a kismamák egy része ambivalens módon viszonyul a szakértői segítséghez, különösen, ha az intézményes jellegű, illetve a giddensi elméletben megfogalmazódó fundamentalista típusú megerősítésekre, legitimációkra épít. Kutatásunkban szembetűnő volt, milyen domináns mértékben jelen van az ösztönös, esszencialista anyai identitás narratívája és igazolási módja (ilyen például az anyai megérzés, akár a szakértői/orvosi véleményt is felülíróan).

Az önszerveződő, emancipatorikus szolidaritási cselekvőképességről összefoglalóan azt állapíthattuk meg, hogy mind az önszerveződés, de még az egyéni laikus szakértővé válás cselekvőképessége is kivételesen nagy belső és külső erőforrásokat feltételez. Ez utóbbi kevésbé bizonyult meglepetésnek, arra azonban kevésbé számítottunk, hogy az intézményi szolidaritásban is, ennek működtetésében mekkora szerepe van a szolidaritási kontingenciának.

## HIVATKOZÁSOK

- Blaskó Zs. (2011) Három évig a gyermek mellett – de nem mindenáron. A közvélemény a kisgyermekes anyák munkába állásáról. *Demográfia*, 54(1), 23–44.
- Connell, R. W. (1990) The State, Gender and Sexual Politics: Theory and Appraisal. *Theory and Society*, 19(5), 507–544. <https://doi.org/10.1007/bf00147025>
- Deákné Dusa Á. – Markos V. – Engler Á. – Várfalvi M. (2019) *A szülés körülményei kutatás*. Budapest: KINCS.
- Dubet, F. (2002) *Le Declin de l'institution*. Paris: Seuil.
- Giddens, A. (1990) *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.
- Gregor A. (2016) A nemi szerepekkel kapcsolatos attitűdök a 2000-es években Magyarországon. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 6(1), 89–111.
- Gyarmati A. (2015) Nagyszülők és unokák. A nagyszülőktől az unokák felé irányuló gondozási transzferek jellege és változása. PhD disszertáció. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet. Elérhető: [http://phd.lib.uni-corvinus.hu/908/1/Gyarmati\\_Andrea.pdf](http://phd.lib.uni-corvinus.hu/908/1/Gyarmati_Andrea.pdf). [Letöltve: 2021–11–28].
- Hanák K. (1988) *Terhesség – szülés – születés*. Budapest: MTA – Szociológiai Kutató Intézet.
- Hanák K. (1991) *Terhesség – szülés – születés II*. Budapest: MTA – Szociológiai Kutató Intézet.
- Hegy Sz.–Dr. Rucska A.–Csire T.–Dr. Kiss-Tóth E. (2015) Társadalmi konfliktusok az Egészségügyi Platformon – Védőnői Méhnyakszűrő Program. *Egészségtudományi Közlemények*, 5(1), 31–39.
- Héjja-Nagy K. (2015) A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 315–337.
- Herbai E. (2018a) *A meg nem született gyermekekre való emlékezés. A perinatális gyász emlékezési gyakorlatai*. Szakdolgozat, ELTE, Szociológia szak. A szerző hozzájárulásával felhasználva.
- Herbai E. (2018b) Interjúk A meg nem született gyermekekre való emlékezés. A perinatális gyász emlékezési gyakorlatai c. szakdolgozathoz. A szerző hozzájárulásával felhasználva.
- Hoyer M. (2002) „Tekintélyelvűség vagy autonómia? Szülészeti-nőgyógyászati beavatkozások döntéselőkészítése.” *Pszichoterápia* 11(6), 440–452.
- Juhász B. – Sági M. (2019) Keresd a nőt! Korrupció a társadalmi nemek szempontjából – különös tekintettel a nők elleni erőszakra és a szülészeti hálapénzre. Budapest: Transparency International Magyarország Alapítvány. Elérhető: [https://transparency.hu/wp-content/uploads/2019/03/keresd\\_a\\_not.pdf](https://transparency.hu/wp-content/uploads/2019/03/keresd_a_not.pdf) [Letöltve: 2021-05-31].
- Kisdi B. (2016) *Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság*. In Karlovitz J. T. (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. Komárno: International Research Institute, 321–331.
- Kitzinger, S. (2008) *A szülés árnyékában. Katarzisz vagy krízis?* Budapest: Alternatal.
- KSH (2020a) Népmozgalmi adatok. Elérhető: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepmozg/nepmozg20/index.html#aterhessg> megszaksokmellertamagzatihallozsokszmaiscskkent [Letöltve: 2021-05-31].
- KSH (2020b) Magzati veszteségek száma és aránya. Elérhető [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0013.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html) [Letöltve: 2021-05-31].
- Losonczi Á. (2009) A legnagyobb életforduló: gyermekvárás, szülés, születés. In Losonczi Á. *Az ember ideje*. Budapest: Holnap, 167–240.
- Losonczi Á. (1998) A legnagyobb életforduló: a gyerekvárás, szülés, születés. A társadalomkutató szemével. Kutatási tapasztalatok, gondolatok. Előadás. Elérhető: [http://losoncziagnes.hu/sites/default/files/1998\\_dobogoko.pdf](http://losoncziagnes.hu/sites/default/files/1998_dobogoko.pdf) [Letöltve: 2021-05-31].
- Magyar védőnők egyesületének javaslatai (2015) Elérhető: <https://mave.hu/uploads/file/MAVE%20osszeallitas%20vedonoi%20szolgalat.pdf> [Letöltve: 2021-05-31].
- Makay Zs. (2017) Változnak-e a kisgyermekes anyák munkavállalásával kapcsolatos vélemények Magyarországon? *Korfa*, 5. Elérhető: <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/article/view/2709> [Letöltve: 2021-05-31].
- MAVE [Magyar Védőnők Egyesülete] (2014) Védőnői és házi gyermekorvosi/vegyes praxisú háziiorvosi feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat 2014. Elérhető: <https://mave.hu/uploads/file/MAVE%20osszeallitas%20vedonoi%20szolgalat.pdf> [Letöltve: 2021-05-31].
- Monostori J. (2020) A nagyszülők gyermekgondozási tevékenység Magyarországon. *Demográfia*, 63(4), 319–355. <https://doi.org/10.21543/dem.63.4.2>
- Monostori J. (2021) Nagyszülők és unokák egy háztartásban. Háromgenerációs együttélések Magyarországon. *Szociológiai Szemle* 31(1), 116–142. <https://doi.org/10.51624/SZOCSEMLE.2021.1.5>

- Neményi M. (1998) Terhesség, szülés, gyermekgondozás. Cigány anyák az egészségügy kapcsolatrendszerében, *Esély*, 2, 20–56.
- Neményi M. – Takács J. (2008) Az apák családi szerepvállalása védőnői tapasztalatok tükrében. *Védőnő*, 18(3), 31–36.
- Németh T – Várady E. – Danis I. – Scheirung N. – Szabó L. (2017) Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész – Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae*, 27(10–12), 406–417.
- Novák J. (2015) Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In Kisdi B (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan, 149–183.
- Novák J. (2018) Családbarát szüléset – elérhetetlen álom vagy hétköznapi valóság? Elérhető: <https://semmelweis.hu/artovedotarsadalom/files/2018/06/szekci%c3%b3-absztraktok.pdf> [Letöltve: 2021-05-31].
- OECD (2021) Caesarean sections. <https://doi.org/10.1787/adc3c39f-en> Elérhető: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> [Letöltve: 2021-05-31].
- Paksi V. – Szalma I. (2009) Mikor vállaljunk gyermeket? A túl korai, az ideális, és a túl késői gyermekvállalás életkori normái európai összehasonlításban. *Szociológiai Szemle*, 3, 92–115.
- Pongrácz T. – S. Molnár E. (2011) *A nemi szerepmegosztásról, a családi élet és a munka összhangjáról alkotott vélemények változása 2000–2009 között*. In Pongrácz T. – S. Molnár E. (szerk.) *Családi értékek és a demográfiai magatartás változásai*. Budapest: KSH, Kutatási jelentések 91, 95–112.
- Sik D. – Nyilas M. – Rácz A. – Szécsi J. – Takács E. – Zakariás I. (2019) Kontingens szolidaritás – elemzési szempontok a késő modern segítő interakciók vizsgálatához (1. rész). *Esély*, 30(4), 3–29.
- Sik D. – Nyilas M. – Rácz A. – Szécsi J. – Takács E. – Zakariás I. (2020) Kontingens szolidaritás – elemzési szempontok a késő modern segítő interakciók vizsgálatához (2. rész) *Esély*, 31(1), 3–23.
- Sik D. – Zakariás I. (2021) A szolidaritási mező – járvány idején. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 11(1), 1–30. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.1.1>
- Spéder Zs. (2011) Ellentmondó elvárások között... Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon. In Pongrácz T. (szerk.) *A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai*. Budapest: KSH, 129–147.
- Spéder Zs. (2018) Apaság. A férfiak gyermekvállalása és családi szerepei. In Monostori L. – Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai Portré 2018*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 65–82.
- Székely Zs. – Csabai M. (2017) Együtt szülés: A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek, *TNTeF*, 7(2), 41–59.
- Székely Zs. (2016) „Ilyenkor szoktam remegni...” – rendhagyó esettanulmány egy kutatási interjú alapján. *Lélekelemzés*, 11(1), 79–91.
- Székely Zs. (2018) „Egymás-állapot”. *Szülésznők-bábák-dúlák tapasztalatai a segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis*. PhD disszertáció. Pécsi Tudományegyetem. Elérhető: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/18020/szekely-zsofia-tesis-hun-2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [Letöltve: 2021–12–02].
- Takács E. (2016) Mechanisms of power, victimization and autonomy in the health care system. *Metszetek*, 5(2), 60–80.
- Takács E. (2018) *A szolidaritás alakváltozásai. Az együttműködés lehetőségei és gátjai a mai Magyarországon*. Budapest: Napvilág.
- Varró G. (2015) „Így szülünk mi — szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon.” In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan, 185–204.
- Walby, S. (2004) The European Union and Gender Equality: Emergent Varieties of Gender Regime. *Social Politics* 11(1), 4–29. <https://doi.org/10.1093/sp/jxh024>

## FÜGGELÉK

1. táblázat. Szakértői interjúk: az interjúalanyok jellemzői (N=15)

orvos foglalkozású	5
ebből gyermekorvos (vidéki nagyváros + szegregátumi településeken)	2
ebből koraszülött klinikán dolgozó orvos, szoptatási tanácsadó (Budapest)	2
ebből gyermekágyas kismama	1
védőnő foglalkozású	8
ebből laktációs tanácsadó	2
budapesti	4
vidéki (vidéki nagyváros, pest-megyei agglomerációs középváros)	3
szegregátum	1
ápoló (gyermekosztály, vidéki nagyváros)	1
Biztos Kezdet Gyerekház koordinátora (szegregátum)	1
Összesen	15

2. táblázat. Kismama interjúk: az interjúalanyok jellemzői (N=8)

Vidéki nem szegregátum	3
Vidéki szegregátum	2
Budapesti	3 <sup>28</sup>
Összesen	8

28 Herbai Edit három kismamával és egy védőnővel készített interjúját a kutatás megkezdését megelőzően, 2018 tavaszán készítette.