



15. ÉVFOLYAM 4. SZÁM (2025)

TARTALOM

ÁRTÓ-VÉDŐ TÁRSADALMUNK LENYOMATAI

LOSONCZI ÁGNES KÉRDÉSFELTEVÉSEINEK NYOMÁBAN

SZERKESZTETTE ALBERT FRUZZSINA, DÁVID BEÁTA ÉS TAKÁCS JUDIT

BEVEZETŐ

Albert Fruzsina – Dávid Beáta – Takács Judit:

Előszó az Ártó-védő társadalmunk lenyomatai:

Losonczi Ágnes kérdésfeltevéseinek nyomában című különszámhoz 1–5

TANULMÁNYOK

Dupcsik Csaba:

Ketteske népe. Az egészségügy megközelítései az államszocialista kor *Ludas Matyijában* 6–32

Fiáth Titanilla:

„Akkor még lezseren vettem.” Hospice-részlegeken elhelyezett személyek halálképe 33–51

Herczeg Viktória – Beke Szilvia – Nagy Terézia

Az együttműködés kérdése az óvodai és iskolai szociális segítők és a nevelési, oktatási intézmények között 52–70

Kisdi Barbara:

És „ami azóta történt...”

A szüléskultúra változásai Magyarországon Losonczi Ágnes vizsgálatait követően 71–99

Kovács Katalin – Kollányi Zsófia Katalin – Boros Julianna – Szántó Zsuzsa

Biomedikális univerzum és individuális szenvedés

Diabéteszesek betegútjai a magyar egészségügyi rendszerben 100–133

Lengyel Anna – Danis Ildikó:

A gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás társadalmi megközelítései

Szakirodalmi áttekintés 134–161

Svégel Fanni:

A szülés terei. Két erdélyi női önéletírás társadalomtörténeti olvasata 162–181

IN MEMORIAM

„Azt kutatom, amit nem tudok.” Losonczi Ágnes pályautja és módszerei

Szerkesztette: Tibori Theodosia Timea és Vajda Róza 182–209

A Socio.hu Társadalomtudományi Szemle az ELTE Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Kutatóintézet, Magyar Tudományos Akadémia Kiváló Kutatóhely szabadon hozzáférhető (open access) online lektorált (double blind peer-reviewed) folyóirata.

Szerkesztőség:

Albert Fruzsina, Erőss Gábor, Győri Ágnes, Herke Boglárka (főszerkesztő), Kiss Márta, Kopasz Marianna, Kovács Mariann, Kőszeghy Lea, Kucsera Csaba, P. Tóth Tamás, Takács Judit

Székhely: 1097 Budapest, Tóth Kálmán u. 4.
Megjelenik: évente négy magyar nyelvű szám
Felelős kiadó: az ELTE TK főigazgatója
Olvasószerkesztés: P. Tóth Tamás
Arculat és tördelés: Kovács Mariann
ISSN: 2063-0468
Kapcsolat: socio.hu@tk.elte.hu
A folyóirat megjelenését a HUN-REN központ támogatja.

ELŐSZÓ

AZ ÁRTÓ-VÉDŐ TÁRSADALMUNK LENYOMATAI:
LOSONCZI ÁGNES KÉRDÉSFELTEVÉSEINEK NYOMÁBAN CÍMŰ KÜLÖNSZÁMHOZ

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.1>

A *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle* szerkesztősége Losonczi Ágnes 2024. augusztus 19-i halála után néhány héttel tette közzé felhívását tanulmányok írására. A 2025 második felére tervezett tematikus lapszámba Losonczi Ágnes szellemiségéhez és az általa kutatott témákhoz kapcsolódó, illetve a munkássága által inspirált írásokat vártunk.

Losonczi Ágnes (1928–2024) polgári családban született Debrecenben, közismereti és zenei tanulmányait a Dóczi Gimnáziumban és a Debreceni Zenedében végezte. A Táncművészeti Iskola pedagógia, majd a Színház- és Filmművészeti Főiskola rendező szakának elvégzése után az Eötvös Loránd Tudományegyetemen szerzett történelem szakos diplomát. 1963–1966 között az MTA Szociológiai Kutatóintézet ösztöndíjas aspiránsa, 1966–1981 között tudományos munkatársa volt, 1981–1990 között az intézet Életmód és Településszociológiai Osztály vezetője volt Szelényi Ivánnal, majd 1990 és 1992 között az intézet igazgatója Kemény Istvánnal és Hankiss Elemérrel felváltva. 1992 és 1999 között ugyanitt tudományos főmunkatársként, majd 1999-től 2005-ig tudományos tanácsadóként dolgozott.

1969-ben a szociológia tudományának kandidátusa, majd 1980-ban az MTA doktora lett. Ágnes fájalta, hogy a felsőoktatásban csak meghívott előadóként, egy-egy kurzust tartva vett részt, ennek ellenére empirikus kutatásaiban szociológusok nemzedékei nőttek fel és iskolateremtő szociológussá vált.

Szerteágazó kutatásai különböző szakszociológiákat alapoztak meg:³

- 1956–1961: *A 19. századi dráma és opera; népdal és néptánc* témáit kutatta a Táncszövetségben és a Népművészeti Minisztériumban. Írásaiban, előterjesztéseiben összekapcsolta a hagyomány és a korszerűség dimenzióit, a mindennapi kultúra és a különösség jellemzőit.
- 1963–1974: *A zene társadalmi szerepe, befogadása, zenei mozgalmak*. Aspiránsként, majd kutatóként az MTA Szociológiai Kutatóintézetében foglalkozott a témával.
- 1968–1978 között a Békés megyei empirikus kutatás (*Életmód: létfeltételek, anyagi és tárgyi viszonyok, történelmi minták továbbélése, mindennapokat vezérlő értékek*) vezetőjeként megalapozta a magyar életmódkutatást és kidolgozta ennek a szakszociológiának a fő gyűjtőkörét és módszertanát.

¹ ELTE Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Kutatóintézet; Semmelweis Egyetem Egészségügyi és Közszo­l­gá­lati kar, Mentálhigiéné Intézet.

² ELTE Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Kutatóintézet.

³ Forrás: Losonczi Ágnes gyűjtemény – „A 20. század hangja” Kutatóműhely és Archivum <https://voices.tk.mta.hu/handle/123456789/14740>

- 1978–1997 között Zala megyében reprezentatív empirikus egészségpolitikai, intézményi, népegészségügyi vizsgálatot végzett vegyes módszerekkel, hogy feltárja az orvos-beteg viszony aszimmetrikus voltát.
- 1985–1999 között a különböző társadalmi fordulatok okait, az életfordulókat, a gyerekvárás, a születés, a gyerekek veszélyeztetettségének összefüggéseit vizsgálta, valamint az öregség, az élet utolsó szakaszának meghatározó kérdései foglalkoztatták.
- 1990–1993 között figyelme a mindennapi és politikai gyűlölet forrásaira, terjedésére és korlátaira irányult.
- 1992–2005 között több hullámban a hazai polgárosodás folyamatait vizsgálta a nyertesek és a vesztesek szemszögéből H. Sas Judittal.
- Alapítója és kutatásvezetője 1998–2001 között a Népegészségügyi kutatás Veresegyházán programnak.
- 2005–2009 között visszatért a kezdeti kutatási kérdései egyikéhez: az idő társadalmi és elméleti dimenzióinak mélyebb megismeréséhez.

Kutatói munkásságát számos díjjal ismerték el: Balázs Béla-díj (1999), Akadémiai Díj (2004), Nemes Nagy Ágnes-díj (2006), A Magyar Köztársasági Érdemrend középkeresztje (2007) Prima Primissima-díj (2007), Széchenyi-díj (2017), Hazám-díj (2019).

2024. augusztusában hunyt el 96 évesen. 2017-ben a Széchenyi-díj átvételekor úgy méltatták, mint aki a „legeredetibb, legizgalmasabb és leginkább emberközpontú magyar szociológus”. Hosszú, mintegy hetven évet átölelő tudományos munkássága alatt megjelent könyveiben Ágnes a szociológia számos területén igyekezett feltárni a valóságot: különleges érzékenységgel leírni és megérteni annak összetettségét az egyén és a társadalom egésze helyzetének jobbítási szándékával. Kutatásai, bár lehet, hogy nem mindig tudatosan, de egymásra épültek. A lezárt kutatási eredmények újabb és újabb kérdéseket vetettek fel, a kíváncsiság a megismerés újabb területeire irányította.

A zeneszociológia után (Losonczi 1974) az életmódkutatáson (Losonczi 1977) keresztül jutott az egészség-szociológia területére. A témában végzett első kutatása 1978–1980 között valósult meg Zala megyében 1600 fő bevonásával. Számára az interdiszciplinaritás már akkor is alapkövetelmény volt: szociológusok és orvosok együtt dolgoztak az életesemények, az életmód és a biológiai egészség tényezőinek összekapcsolásán. A kutatás során erős összefüggést találtak a gyermekkori élmények, az életút, a munka-pihenés, az anyagi helyzet, az emberi kapcsolatok és a jövőhöz való viszony dimenziói, valamint egyes betegcsoportok között. Az eredmények a társadalmi kórokozókön kívül a társadalom immunrendszerének tartalékaira is felhívták figyelmet.

„Az orvosi kórtanokat olvasva csak azt lehet csodálni, hogy egyáltalán van még ép ember, mert annyi minden veszélyezteti az egészséget. A kutatásaimból elébem táruló társadalmi kórokozók ugyanezt a riadalmat okozták: hogyan lehet egyáltalán épen maradni ennyi teherrel, kockázat közepette? Mekkora kiegyensúlyozó erőre van szükség a mikróbák és makróbák veszélyével telített világban az életben maradáshoz? Végül is hatalmas az életerő forrása. A csoda nem az, ha megbetegszünk. A csoda az, hogy meggyógyulunk, hogy élünk.” – írta Losonczi Ágnes (1989) az *Ártó-védő társadalom* című kötet bevezető soraiban. További egészség-szociológiai kutatásaiban az egészségügyi rendszerekre fókuszált (1998), középpontba állítva a ki-szolgáltatottságot, melyet rendszer-szinten és az orvos-beteg kapcsolatban egyaránt vizsgált (1986).

1988-89-ben szülés-születés témában indult kutatása a pesti agglomeráció szegényebb településein. A kérdezettek ezúttal a harmadik trimeszterben járó, első gyermeküket váró kismamák voltak, akiket – férjükkel együtt – a szülés után néhány hónappal ismét felkerestek. A kutatás a gyermekvárás és -születés körülményeinek és a gyermek, a család további sorsának longitudinális vizsgálatát tűzte ki célul, ami végül is 2011–13-ban valósult meg a családok 20 évvel későbbi felkeresésével (Dávid et al. 2016). Losonczi következő, terézvárosi kutatását a társadalomlélektan bonyolult rendszerének megismerése ihlette. A rendszerváltás nyomán kialakuló életstratégiákat elemezve az egyéni/családi sorsok és a történelmi idő kapcsolódásaival foglalkozott (2005). Utolsó monográfiájában az idő társadalmi és elméleti dimenzióit tárta fel (2009).

Gondolkodásában, kutatásaiban és könyveiben egyaránt tetten érhető az igazi nyitottság, az a határtalan, ugyanakkor alázatos kíváncsiság, amivel mindvégig a valóságos világ megismerésére törekedett. Saját szavaival lehet talán legjobban érzékeltetni különleges szellemiségét, ami követendő lehet minden további társadalomtudománnyal foglalkozó generáció számára. A valóságos világ megismerése és megértése lebegett mindig a szeme előtt – és mi is tehát a valóságos világ megismeréséhez a kulcs? A betegség felismerésével kapcsolatban így írt az Ártó-védő Társadalom című könyvben: *„Az első lépés: az érzékelés. Ez az, ami a test és lélek jelzéseit felfogja, működését tudva-tudatlan követi. Valóban sajátos képesség „meghallani” a test-lélek kifejezéseit, ráhangolódni arra, amikor jelez valamit. Megérteni, mire kell ügyelni, mit kell tenni akkor is, ha nem elemi szükségletet kell kielégíteni, ha a figyelmeztető jel nem primér ösztönök társadalmilag engedélyezett teljesítéséért ’érvel’, akkor is, ha nem ’hangos’ fájdalommal jelentkezik. Egy jól feltett kérdés olykor többet segíthet a felismeréshez, mint valamilyen gyenge vagy rossz válasz.” Szerinte „a társadalmi faktorokat azért kell kiemelni, mert csak közös erőfeszítéssel ismerhetjük fel a valóság összetettségét, csak a társadalom képes arra, hogy tudatosan felismerje, értelemmel kidolgozza és cselekvéssel változtassa azt, ami van”* (Losonczi 1989:30).

2017-ben a Széchenyi-díj átvételekor így nyilatkozott: *„Meglehet, a válaszaimat már nem tudom megírni, de a megválaszolatlan kérdéseimet tovább fogom adni az ifjabb generációnak. Egy jól feltett kérdés olykor többet segíthet a felismeréshez, mint valamilyen gyenge vagy rossz válasz”.*

A felhívásra a tematikus lapszámba 16 absztrakt érkezett, melyekből végül hét tanulmány készült el. A jelen lapszámban megjelenő tanulmányok diszciplináris, tartalmi és módszertani sokszínűsége híven tükrözi Losonczi Ágnes munkásságának oly sok területen máig ható ihlető erejét.

Dupcsik Csaba az államszocializmus kori kórházi betegek egyszerre infantilizáló és elidegenítő egészségügyi megközelítésére utaló „Ketteske népe” című tanulmányában az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos diskurzusok és sztereotípiák visszatükröződéseit elemzi a *Ludas Matyiban* 1949 és 1985 között megjelent karikatúrákon keresztül. A szerző – Losonczi Ágnes (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben* című munkájának eredményeivel összhangban – megállapítja, hogy a vizsgált időszakban az egészségügyi rendszer szereplőit változatlanul a kölcsönös kiszolgáltatottság szövedéke fűzte össze.

Fiáth Titanilla magyarországi hospice részlegeken önkéntes pszichológusként és etnográfusként résztvevő megfigyeléseire alapozva az „Akkor még lezseren vettem” – Hospice-részlegeken elhelyezettek halálképe című írásában azt vizsgálja, hogy a haldoklás tapasztalata hogyan formálódik a hazai kórházi ellátást igénybe vevő súlyos betegek esetében, különös tekintettel a „haláltagadás” jelenségére. A halál közelségének belátá-

sa egy fluktuáló, nem pedig szakaszosan építkező folyamat, amit nehezít, hogy ez a hozzátartozókhoz fűződő, vagy az egyén identitása szempontjából kulcsfontosságú szerepek elvesztését is jelenti.

Herczeg Viktória, Beke Szilvia és Nagy Terézia Az együttműködés kérdése az óvodai és iskolai szociális segítők és a nevelési, oktatási intézmények között című tanulmánya az óvodai és iskolai szociális segítők mindennapi tevékenységét és a pedagógusokkal/oktatókkal, valamint más szakemberekkel való együttműködését, az ezt befolyásoló tényezőket vizsgálja. A vignettamódszert alkalmazó adatfelvételen alapuló kutatás alátámasztja, hogy mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind a pedagógusok/oktatók részéről a segítségkérését valószínűsíti a másik fél együttműködési hajlandóságának érzékelt mértéke. Bár a szociális segítők segítségkérését nem befolyásolta más szakemberek jelenléte az intézményben, a pedagógusok/oktatók esetében az iskolapszichológus, a fejlesztőpedagógus, a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, valamint a védőnő jelenléte is növelte a gyermekjóléti rendszertől való segítségkérés valószínűségét.

Kisdi Barbara a szüléskultúra magyarországi változásai áttekintő tanulmányában kiemeli, hogy Magyarországon Losonczi volt az első, aki a szülés társadalmi meghatározottságát és az egészségügy anomáliáit feltáró kutatási programja keretében társadalomtudományi megközelítéssel vizsgálta a szülés minőségének kérdését. A szerző – többek között a szülési attitűdökkel, a szülésélménnyel, az otthonaszüléssel, a dúlással, a szülésznők helyzetével foglalkozó korábbi kvalitatív vizsgálatainak eredményeit összefoglalva – azt hangsúlyozza, hogy akárcsak Losonczi Ágnes kutatásainak idején, továbbra is a bizalom hiánya tartja fenn a kiszolgáltatottságot, aminek legfőbb oka a rövid távú gondolkodás.

Kovács Katalin, Kollányi Zsófia Katalin, Boros Julianna és Szántó Zsuzsa Losonczi iskolateremtő egészség-szociológiai vizsgálatainak nyomdokain a cukorbetegség szemszögéből mutatják be a kezelésükkel kapcsolatos, számukra legfontosabb problémákat a Biomedikális univerzum és individuális szenvedés: Cukorbetegség betegútjai a magyar egészségügyi rendszerben című írásukban. 24 interjú alapján három különböző gondozási rezsimit azonosítottak be, és árnyaltan írják le a rendszer egyenlőtlenségeinek dinamikáját.

Lengyel Anna és Danis Ildikó a gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás társadalmi megközelítéseit egy szakirodalmi áttekintés keretében bemutató cikke a reprodukció döntéseket alakító mai magyar társadalmi, kulturális és intézményi mechanizmusokat járja körül. Vizsgálódásaik során fontos inspirációt jelentett számukra Losonczi munkássága, akinek egyik fontos kérdésfelvetése volt, hogy az alapvetően biológiailag meghatározott gyermekvállalás megvalósulását miként befolyásolhatják az adott társadalomra jellemző hatásmechanizmusok.

Svégel Fanni „A szülés terei” című tanulmányában Losonczi terhességgel és szüléssel kapcsolatos kutatásai nyomán a szülés intézményesülésének társadalomtörténeti folyamatait vizsgálja két erdélyi női önéletrajz áttekintésével. Az új – mikroszintű – forrásanyagokat feldolgozó munka a szülőotthon mint új intézmény megjelenéséhez kapcsolódó a 20. század közepén a romániai magyar kisebbség körében megélt tapasztalatokat mutat be.

Tematikus számunk részeként közöljük Losonczi Ágnes szakmatörténeti életútinterjúját is, melyet Tibori Tímea készített 2011-ben, s amit Ágnes kutatásainak jelentős részével együtt a – Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutatóintézetében 2009 tavaszán életre hívott és ma az ELTE Társadalomtudományi Kutatóközpont Kutatási Dokumentációs Központjának részeként működő – „A 20. század hangja” Kutatóműhely és Archívum a magyar társadalomkutatási örökség megbecsült részeként őrzi.⁴

4 <https://voices.tk.mta.hu/handle/123456789/14740>

HIVATKOZÁSOK

- Dávid B. – Barna I. – Bóné V. – Hegedűs R. – Izsák É. (2016) *A rendszerváltás családtörténetei*. Budapest: L'Harmattan.
- Losonczi Á. (1974) *Zene – ifjúság – mozgalom*. Budapest: Zeneműkiadó.
- Losonczi Á. (1977) *Az életmód az időben, a tárgyakban és az értékekben*. Budapest: Gondolat.
- Losonczi Á. (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.
- Losonczi Á. (1989) *Ártó-védő társadalom*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Losonczi Á. (1998) *Utak és korlátok az egészségügyben*. Budapest: MTA Történettudományi Intézet.
- Losonczi Á. (2005) *Sorsba fordult történelem*. Budapest: Holnap.
- Losonczi Á. (2009) *Az ember ideje – Esszék az időről*. Budapest: Holnap.

DUPCSIK CSABA¹

KETTESKE NÉPE

Az egészségügy megközelítései az államszocialista kor Ludas Matyijában

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.6>

ABSZTRAKT

Írásomban az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos nyilvános diskurzusokat, hétköznapi attitűdöket, sztereotípiákat vizsgálom az államszocialista rendszer idején, egy sajátos forráscsoporton, nevezetesen a *Ludas Matyi* karikatúráin keresztül. A folyóirat 1949 és 1985 közötti számainak 10 teljes évfolyamát néztem át, s ennek során 909, a tágabb értelemben vett egészségügyi rendszerre utaló karikatúrát találtam. A túlméretezettnek tűnő minta a 10 évfolyamban megjelent összes karikatúra 3,72%-át jelenti.

A karikatúrákat 12 kategóriába, majd a második lépcsőben négy kategóriacsoportba soroltam. A kategóriacsoportok időbeli eloszlásának vizsgálata jellegzetes mintát mutat. A Rákosi-korszakban az állampolgárok kontrollálásának szándéka – tehát a propaganda és a fegyelmezés – dominálta a karikatúrákat (is). A Kádár-korszakban viszont – előzetesen nem várt módon már 1957-től – előtérbe került a szórakoztató/terápiás funkció, illetve mind több karikatúra fogalmazott meg burkolt vagy implikált társadalomkritikát is.

Bár a korszakban vált az egészségügy olyan átfogó rendszerré, amellyel az állampolgárok gyakorlatilag mindegyike, élete több pontján is kapcsolatba került, a karikatúrák tipikusan kevés szereplő interakcióját jelenítik meg. A karikatúrák jellegzetesen nagyon empatikusak az alkoholizmus vagy a dohányzás gyakorlatával kapcsolatban. Az egészségügyi személyzet, az előzetesen várt módon, tipikusan paternalista attitűdöt tanúsít a páciensekkel szemben. Ugyancsak a hipotéziseknek megfelelő volt a szexista attitűdök és magatartás megjelenítése, bár annak színvonala rendszeresen a vártnál is alacsonyabb volt.

Kulcsszavak: Losonczy Ágnes, egészségügy, karikatúraelemzés, államszocializmus kora

¹ ELTE Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Kutatóintézet; Károli Gáspár Református Egyetem BTK.

APPROACHES TO HEALTHCARE IN THE STATE SOCIALIST ERA CARICATURES OF LUDAS MATYI

ABSTRACT

In my paper, I examine public discourses, everyday attitudes, and stereotypes related to the healthcare system during the state socialist regime, through a specific source group, namely the cartoons of Ludas Matyi. I reviewed 10 entire volumes of the journal between 1949 and 1985 and found 909 cartoons referring to the healthcare system in a broad sense. The seemingly oversized sample represents 3.72% of all cartoons published in the 10 volumes.

I classified the cartoons into 12 categories, and then in the second step into four category groups. Examination of the temporal distribution of the category groups shows a characteristic pattern. In the Rákosi era, the intention to control citizens – i.e. propaganda and discipline – dominated the cartoons (also). In the Kádár era, however, the entertainment/therapeutic function came to the fore – unexpectedly from 1957 onwards – and more and more cartoons also expressed implicit or implied social criticism.

Although healthcare had become a comprehensive system in that era, which practically every citizen came into contact with at several points in their lives, the cartoons typically depict the interactions of a few characters. The cartoons are typically very empathetic about alcoholism or smoking. The healthcare staff, as expected, typically display a paternalistic attitude towards patients. The depiction of sexist attitudes and behavior was also consistent with the former hypotheses, although its level was generally lower than was expected.

Keywords: Ágnes Losonczy, healthcare system, caricature analysis, era of state socialism

BEVEZETÉS

Jelen tanulmányt Losonczi Ágnes (1928–2024) előtti tisztelgésnek szánom, márpedig az ő munkásságának fontos része volt az egészségügyi rendszer vizsgálata, egy olyan holisztikus megközelítést alkalmazva, ami a szűkebb értelemben vett specialista tanulmányoknak nem okvetlenül sajátja.² A vizsgált korszak behatárolását – túl azon, hogy Losonczi munkásságának egyik fontos szakasza esett erre a periódusra – az is indokolja, hogy az államszocializmus idején vált az egészségügyi rendszer megkerülhetetlen szereplővé a társadalom gyakorlatilag egésze számára.

Jelen cikk azonban hangsúlyozottan nem az egészségügyi rendszer tényleges működésére fókuszál, hanem arra, hogy hogyan jelent meg ez a szféra és az ehhez kapcsolódó kérdések az államszocializmus korabeli hétköznapi diskurzusokban. Az egyének az egészségügyi rendszer sajátosságait, működését, annak zavarait és – ezzel összefüggésben – saját egészségügyi ellátásukat vagy annak hiányát stb. is olyan diskurzusok segítségével ragadják meg, amelyeket még a leginkább központosított korszakában is csak erősen befolyásolt, de sosem határozott meg teljesen a mindenkori média vagy a „hivatalos” diskurzus. (Paradigmatikus páros példa: a férfi orvos az elvtársozós korban is „doktor úr” maradt, míg az orvosnőre ebben a korszakban sem született ezzel egyenrangú megszólítás.) A történelmi, retrospektív diskurzuselemzések esetében azonban már csak módszertani okokból is gyakran a sajtó elemzésére szorítkozhatunk.

Ilyen elemzések esetében a humoros műfajok (kabaré, karikatúrák, viccek, humoreszkek stb.) különösen hasznos forrássá válhatnak. Mint Bergson (1992) rámutatott: a komikum sokkal inkább társadalmi konfliktushoz kötött, mint például a tragédia vagy az analízis, művelőjének – és értelmezőjének – tehát otthon kell lennie kora közismertnek tekintett olyan toposzaiban és sztereotípiáiban is, amelyeket a „hivatalos” diskurzus gyakran negligált, vitatott vagy stigmatizált. Az államszocializmus korabeli *Ludas Matyi* pedig különösen jó forrás: ez volt a korszak egyetlen³ élclapja, ma már hihetetlennek tűnő olvasottsággal (fénykorában több mint félmillió példányban jelent meg, feltehetően ennél jóval több olvasóval). Ráadásul a Kádár-korban a lapot – gyakran a kortársak által is tudatosított módon – „levezető szelepnek”, a társadalomkritika egyfajta (domesztikált, rezervátumba zárt, de legalább létező és tömegeket elérő) pótlékának tekintették.

2 Mindezt nem szánom kritikai vagy akár csak normatív megjegyzésnek: a szociológiai üzem egésze szempontjából elengedhetetlen mind a specializáció, mind a szintetikus szemlélet (s nem okvetlenül ugyanazon szerzők munkásságában).

3 Részleges kivétel a *Szabad száj*, amely hiába ünnepelte, az ironia legkisebb jele nélkül, az utolsó címlapján a „magyar–szovjet barátságot”, az 1951/11. szám után felszámolták.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS ÉS TÁRSADALMI KONTEXTUS

Az egészségüggyel kapcsolatos karikatúrák mintája a kérdésfelvetés fókuszálása irányába hat, ugyanakkor a szakirodalom feldolgozása, mint lent látható lesz, három, a szűkebben vett témán túlnyúló irányba ágazik el.

Az egyik irány a társadalmi háttér. Magyarországon a vizsgált korszak egészében államszocializmus létezett (Kornai 1980, 2012), amely ideáltipikus formában a gazdaság, a nagy társadalmi rendszerek és a nyilvános diskurzusok teljes vagy csaknem teljes államosítására, sőt, a magánszféra mind teljesebb kontrolljára törekedett (Kalmár 2014). Az 1956-ig tartó Rákosi-rendszer brutális erőszakossággal – mégis, utólag úgy látható, hogy rossz hatékonysággal – törekedett a cél elérésére (Gyarmati 2011). Az 1956 végén kialakuló Kádár-rendszer első fél évtizedében alkalmazta a terrort, de fókuszáltnál, jóval funkcionálisabban, mint az előző rezsim,⁴ s lazított a magánszférára nehezedő nyomáson is.

A diktatúra felpuhítása, ugyanakkor a mélystruktúrák érintetlenül hagyása az 1960-as évek elején vált koherens politikává: megjelent a „kádárizmus” (Rainer 2012). Utóbbi kifejezés nem véletlenül kívánczik idézőjelbe: a Kádár-rendszer gyakorlatilag nem hozott változást az alapvető politikai, gazdasági és társadalmi szerkezet terén. A Kádár-kor „mássága” a társadalmi kontroll olyan – az államszocialista rendszerekben nem tipikus – enyhítéseiben nyilvánult meg, amely az egyéni életminőség szempontjából óriási jelentőséggel bírt, ugyanakkor nem volt intézményesítve, nem volt garantálva, sokszor legitimnek elismerve sem. Példának okáért: az 1970-es években a foglalkoztatottak 96%-a volt állami alkalmazott vagy tévesztet – miközben a családot döntő többségéből, falun a 90%-ából, legalább egy fő részt vett az úgynevezett második gazdaságban (Manchin–Szelényi 1990, Szelényi 1992, Gábor–Galasi 1981). Ez utóbbi jelenség jelentős életszínvonal-növekedést eredményezett – de senkinek nem lehetett kétsége afelől, hogy ha Kádár helyére egy olyan típusú pártfunkcionárius kerül, mint a korabeli Csehszlovákiában vagy Romániában, akkor a második gazdaság gyorsan elsohadjhat.

A szakirodalom másik iránya a magyarországi egészségügyi rendszerről szól. Az egészségügyi rendszer a dualista kor végén legfeljebb a középosztályt és az elitet érte el, míg a népesség falun élő kétharmadának helyzetét jól jellemezte Keleti Károly: *„Orvost vajjon hány falusi község tart, ha ugyan valamely uradalmi megyei, szomszéd városi orvos nem áll rendelkezésére. Azt is az utolsó perczben hívja csak, addig inkább kuruzslóval éri be”* (Keleti Károly⁵ idézi Andorka 1983:1065).

Míg a városi lakosság többsége szempontjából a Horthy-korszakban történt meg az áttörés, addig a falusiak zöme továbbra is nehezen és ritkán érte el az egészségügyi szolgáltatásokat. Nagy Lajos *Kiskunhalom* című művében egy beteg lány anyja *„a maga részéről legszívesebben az orvosért küldene”*, mert ő, mióta egy kisebb beavatkozást hajtottak végre rajta, *„rettentő nagy tudománynak”* tartja az orvoslást (Nagy 1978:66). De attól fél – feltehetően nem alaptalanul –, hogy ha orvost hívnának, *„akkor kicsúfolnák érte...”, meg maga a lány is azt mondja, hogy nem kell neki, nem, nem kell, ő fél a doktortól, végül az orvos pénzbe is kerül, és a pénzt nem lehet csak úgy szórni, mert amúgy sincs*” (Nagy 1978:66). Végül csak késő este hívják ki a doktort, aki azonnal kórházba utalja a beteget. *„»Van pénz a háznál, néhány pengő útiköltségre?» Van. Csoda, hogy van. Igazán szerencse”* (Nagy 1978:139). Jobb híján két tehenet fognak a szekér elé, ami kiviszi a lányt és a

4 „Eltérően az 1956 előtti terrortól, amely egész társadalmi osztályok ellen irányult és százezreket sújtott, az 1956 utáni megtorláshullám szelektívebb elveket érvényesített, és racionálisabb alapokon nyugodott. Célpontjává nem társadalmi osztályok, hanem olyan egyének váltak, akik bizonyították veszélyességüket a hatalomra” (Romsics 1999:404).

5 Keleti Károly (1871) *Hazánk és népe közgazdaság és társadalmi statistika szempontjából*. Pest: Athenaeum. 151.

kísérőjét a hajókikötőbe (mert az utolsó vonat már elment); Pesten pedig majd tömegközlekedéssel kell eljutniuk a Hermina útra, a Bethesdába (Nagy 1978:139–140).

Nagy Lajos művét, a regényes megfogalmazás ellenére is, a korszak egyik jelentős szociográfiájának szokták tekinteni (Dupcsik 2022:157–163). De a szaktörténészek is megerősítették az előző bekezdésben megidézett képet: „1937-ben az összes kórházi ágyak 46,7%-a Budapesten koncentrálódott – ezek egyharmadát vidéki betegek voltak kénytelenek igénybe venni... [a] kórházzal nem vagy alig ellátott [kiterjedt] területek” (Kiss 2005:74) közé tartozott a Duna-Tisza köze⁶ nagy része is.

Az államszocializmus korában azonban az egészségügyi ellátottság szokásos mutatói 2–3,5-szeresére nőttek.⁷ A rendszerrel azonosulók, a „szokásos” módon, a mennyiségi mutatók növekedését mindennél fontosabb sikermutatóként kezelték. A kutatók azonban, mint Losonczy Ágnes is, jól látták, hogy az egészségügyi rendszer szereplőit változatlanul a kölcsönös kiszolgáltatottság szövődéke fűzi össze (Losonczy 1986). Ez az interdependencia aszimmetrikus, mert bár az orvosok és ápolók is sokszálú függőségi viszonyrendszerbe ágyazódnak, ez mégis szignifikánsan különbözik a betegek helyzetétől, amit Losonczy egy fejezetcímbe ilyen módon fogalmazott meg: „*Totális kiszolgáltatottság az ember érdekében*” (1986:90).

Paradox helyzet: az egészségügyi rendszer mind több csatát nyer a traumák elleni harcában – miközben hosszú távon ez a háború minden egyes esetben vesztesre van ítélve, s éppen ez traumatizálja a modern embert. A várható élettartam kitolódása ellenére – Magyarországon például a 20. század kezdetéhez képest több mint 40 évvel⁸nőtt a szóban forgó érték – vagy inkább éppen azért, a modern ember mind inkább traumaként fogja fel a korábban az élet részének tekintett halált (Ariès 2010). Míg egy évszázaddal korábban tipikusan családi körben (Tateo 2018), addig a 20. század utolsó harmadában már kórházban ért véget a legtöbb élet (Losonczy 1986:111). A tanulmányban elemzett karikatúrák gyakran alkalmaznak fekete humort – de a halál motívuma csak a rajzok 2,8%-án bukkan fel.

A tudományszociológiai irodalom is alátámasztja a fent említett tézist az aszimmetrikus kiszolgáltatottságról. Példának okáért, Robert King Merton egy írásában, a tudományon belüli ellenőrző mechanizmusok kapcsán tett egy érdekes szembeállítás: „*A tudós nem ugyanolyan módon áll szemben laikus ügyfeleivel, mint az orvos* [kiemelés tőlem – D. Cs.] *Emiatt sokkal kisebb lehetősége van arra, hogy kihasználja a laikusok hiszékenységet, tudatlanságát és függőségét. A család, a csúrés-csavarás, a felelőtlen ígérek (kontárkodás) itt még kevésbé valószínűek, mint a »szolgáltató« szakmákban*” (Merton 2002:643). Az idézett gondolat természetesen nem azt implicálja, hogy az orvosokra ilyen magatartás volt jellemző – csak azt, hogy közvetlen orvos-beteg interakció vagy kommunikáció esetében gyengébbek az ellenőrző mechanizmusok, mint a tudományban általában. Bár az orvos is erősen rászorul a páciensek (és hozzátartozóik) kommunikációjára és együttműködésére is (vö. Losonczy kölcsönös kiszolgáltatottság-fogalmát, 1986), utóbbiak kiszolgáltatottsága mégis egy nagyságrenddel erősebb. Ráadásul a betegek/hozzátartozók érdekei és tudáskészlete tipikusan

6 A fiktív Kiskunhalom mintája nagy valószínűséggel Nagy Lajos szülőfaluja, Apostag volt (Bács-Kiskun vármegye, a Duna bal partján, 76 kilométerre Budapesttől).

7 A pontos adatok: 1948 és 1990 között a 10 ezer lakosra jutó orvosok száma 10,4-ről 36,9-re, a 10 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma 52,3-ról 101,5-re, a kórházi ápolási napok száma 14,2 millióról 28,5 millióra nőtt. Igaz, jegyezzük meg: a szóban forgó mutatók a 19. század utolsó évtizedei óta általában folyamatosan nőttek, kivéve a Trianont követő megugrást, illetve a második világháború alatt és után jelentkező átmeneti visszaesést (KSH 1996:219–220).

8 Férfiak esetében a várható élettartam 36,56 évről (1900–1901) 75,68 évre nőtt; a különbség tehát 43,02 év. Az 1900–1901-es adatok forrása: KSH 1996:221–222; a 2024-es adatok forrása: KSH Stadat, https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html

markánsan különbözik az egészségügyi személyzetétől.

Többjelentésű szimbólum, hogy az államszocializmus korában a kórházi betegeket az ápolók gyakran nem a nevük, hanem a sorszámuk alapján szólították (Dupcsik 2020:162, 41. lbj.), infantilizáló kicsinyítő képzővel, például „Ketteske” néven. Az egyik paradigmaticus karikatúrán az ápolónő így közli a beteglátogatóval, hogy már nem feleség, hanem özvegy: „Sajnos, meg kell mondanom, hogy a ketteskéből nullácska lett.”

1. kép. Fekete humor



Forrás: Ludas Matyi, 1981. február 05. (37. évf. 6. sz.) 6. oldal, Várnai György rajza.⁹

Témánk szempontjából jelentős összefüggés, hogy éppen a vizsgált korszakban – és a fent idézett Merton működésének súlypontját követően – a nyugati társadalmakban kibontakozó folyamatok megkérdőjelezték az orvosok addigi feltétlen domináns szerepét. Ennek nyomán nagyobb hangsúly helyeződött a páciensek jogainak, mindenekelőtt a korrekt és teljes tájékoztatáshoz való jogának tiszteletben tartására, az egészségügy szereplőinek partneri együttműködésére (Light 2000). Ez a megközelítés ugyanakkor inkompatibilis volt a magyar egészségügyi rendszer előző korszakokból öröklött kultúrájával éppúgy, mint az államszocializmus jelentette kontextus működési elvével és gyakorlatával (Losonczi 1986, 1989; Szalai 1986, 1989; a kommunikáció- és kooperációképtelenség tovább éléséről még az 1990-es években is lásd: Sáfár 1997). Ezt a helyzetet nem „csak” a Losonczi Ágneshez hasonlóan éles szemű kutatók, hanem tömegek kezdték anómiaként megélni – legalábbis ez volt a kutatás egyik prekonceptiója. A fent említett elégedetlenség a minta karikatúráiban is megjelent.

A releváns szakirodalom harmadik iránya a humor jelensége, a nyilvános diskurzusok, illetve azok közös metszete felé mutat. A vizsgált korszak első felében Magyarországon nem, majd a második felében is csak korlátok közé szorítva működhetett a szociológia, amely például attitűdkérdőívekkel vagy mélyinterjúkkal kutathatta volna az egészségüggyel kapcsolatos véleményeket és attitűdöket. A korabeli források kutatását általában megnehezíti, gyakran értelmetlenné teszi, hogy a korszak egészében totalitárius diktatúra létezett, többek között államossított médiával és szigorú cenzúrával. Ez a helyzet ugyanakkor bizonyos szempontból felértékelte a publikált élcek, viccek, karikatúrák jelentőségét. Ezek megjelenését szélsőségesen központo-

⁹ Ilyen módon hivatkozom a Ludas Matyi karikatúráira, illetve, egyes esetekben internetes hozzáférést is nyújtok. <https://drive.google.com/file/d/1GbGoiLcoV-vZgtHADm96mqQt4nY7DGjC/view?usp=sharing>

sították: míg a kiegyezés körüli években 34 politikai élclap indult Magyarországon (Buzinkay 1983:21–22), addig a *Ludas Matyi* több mint négy évtizeden át monopolhelyzetben volt. Ezt tükrözte az olvasottság is: a példányszám 1949-ben lépte át a 200 ezret. 1957-ben – mintegy négyhónapos szünet után – a *Ludas*¹⁰ 300 ezres példányszámban indult újra, ami az év végére meghaladta a 320 ezret (az 1970-es években pedig már a 600 ezret, Majláth Mikes 2024:3).

Kutatásomban a *Ludasban* megjelent karikatúrákra korlátoztam magam. A kép „sűrített pillanat” (Baudrillard-t¹¹ idézi Horváth–Mitev 2015:245), a „képszerű ábrázolás a szavaknál erőteljesebben befolyásolhatja az érzelmvilágot” (Schustert¹² idézi Horváth–Mitev 2015:244), ezért elemzésüknek számos előnye van a verbális és szövegszerű források kutatásával szemben. A karikatúrák ráadásul tipikusan erősen stilizált, leegyszerűsített, alacsony elvonatkoztatási szinten is értelmezhető, a relevánsnak ítélt elemeket gyakran *karikatúrisztikusan* eltúlzó képek. Már a „puszta nevetetésre” törekvés is fontos pszichológiai funkciókat tölt be a mindennapi problémák, szorongások, traumák feldolgozásában (Freud 2003; a humor kifejezetten terápiás használatáról lásd például Cundall–Kelly 2021). S már Freud szintén klasszikus kortársa, Henri Bergson filozófus is jól látta, hogy a humor erősen társadalmi jelenség (1992:46), ami távlatokat nyit a szociológiai elemzések számára is (egy alapmű: Kuipers 2015). A történelemtudományban pedig¹³ régóta ismert és felhasznált összefüggés, hogy a karikatúrák gyakran szándékolt és részben nem szándékolt üzeneteket is közvetíthetnek egy adott korszakról, rendszerről, politikusról, társadalmi csoportról stb. Míg a lapban megjelent humoreszkek és viccek tipikusan feledésbe merültek, addig az államszocializmus korabeli *Ludas Matyi* időtállóbb karikatúrái azóta is rendszeresen megjelennek az interneten, sőt, például a történelemérettségi feladatokban (e sorok írásakor a legutolsó, 2025 májusi egyik feladatsorban¹⁴ is).

A *tudatos* üzenetek elnyomhatják a humort is, s ezáltal a karikatúra élcelődésből támadássá, sértéssé, propagandává válhat. Ezen átbillenés érzékelése gyakran még erősebben értelmezésfüggő, mint a karikatúrák besorolása általában (utóbbiról lásd a „Módszertan és kutatási kérdések” részt később), mivel a magukat – jogosan vagy sem, de – célpontnak érzők mindig sokkal nagyobb eséllyel látnak élc helyett sértő támadást, mint az elfogulatlan szemlélők. Ezen a téren messze nemcsak a vélt vagy valós érintettség az egyetlen releváns dimenzió, hanem a politikai rendszer és a politikai kultúra is: alapszabálynak tekinthető, hogy a diktatúrák elvesztik a humorérzéküket. A Monarchia korában például a vezető élclap, a *Borsszem Jankó*, kormánypárti irányultsága ellenére rendszeresen kifigurázta a kormánypárti politikusokat, hangsúlyosan beleértve a mindenkori miniszterelnököket is (Buzinkay 1983:40). Ugyanakkor a kommunista korszakban a vezetőket csak idealizáltan lehetett megjeleníteni, míg az ellenségnek éppen kinevezett személyeket/csoportokat csak a legmaróbb(nak szánt) gúnnyal.

Rövidre zárva, de nem torzítva: egy totalitárius diktatúra számára a(z elvileg) humoros média a propaganda, az indoktrináció, a kiszemelt ellenfelek/áldozatok stigmatizálásának eszköze lehetett és/vagy – különösen a konszolidáltabb alkorszakokban – a feszültségek egyfajta „levezető szelepe.”

¹⁰ A korban általános köznyelvi rövidebb elnevezést a hivatalos név szinonimájaként használom.

¹¹ Baudrillard, J. (2000) *Az utolsó előtti pillanat*. Budapest: Magvető. 128.

¹² Schuster, M. (2005) *Művészetlélektan*. Budapest: Panem. 85.

¹³ Példaképpen: Hanák 1985, illetve néhány viszonylag új, magyarul publikált írás: Bódi 2018, Dupcsik 2023, Kiss 2023, Tamás 2020, Tamás–Vajda 2018, Tóth 2021.

¹⁴ Középszintű írásbeli 11. feladat, 12–13. oldal, az itt letölthető feladatlapon: https://dload-oktatas.educatio.hu/erettsegi/feladatok_2025tavasz_kozep/k_tortma_25maj_fl.pdf

MÓDSZERTAN ÉS KUTATÁSI KÉRDÉSEK

Elemzésemet a *Ludas Matyi*¹⁵ 1949-es évfolyamával kezdtem, mivel ez volt a „teljesen kifejtett” államszocializmus első éve; majd 1985-ig átvizsgáltam minden negyedik – tehát összesen tíz – teljes évfolyamot. A tíz évfolyamban összesen több mint 24 ezer karikatúra jelent meg, ebből több mint 900-at minősítettem egészségüggyel kapcsolatosnak (1. táblázat). A tartalomelemzés mintája kissé talán túlméretezett, de ez feltehetően nem rontotta a levont következtetések érvényességét. Az 1961-ig tartó korszakban – a minden szempontból kirívó (lásd később) 1953. évfolyamot leszámítva – az egészségügyi karikatúrák aránya 2 és 3% között jár, ami ezt követően felment 3%, sőt, két évben (1973 és 1981) 4% fölé.

1. táblázat. A *Ludas Matyi* összes, illetve egészségüggyel kapcsolatos karikatúrája tíz, 1949 és 1985 közötti évfolyamban

évfolyamok	összes karikatúra száma	egészségüggyel kapcsolatos karikatúrák	
		száma	aránya (%)
1949	2.061	55	2,66
1953	1.879	13	0,69
1957	1.879	54	2,84
1961	2.335	52	2,22
1965	2.513	83	3,3
1969	3.804	141	3,7
1973	3.558	149	4,18
1977	3.141	118	3,75
1981	3.092	129	4,17
1985	2.908	115	3,95
összesen	24.388	909	3,72

A mintába kerülés szelekciós kritériuma: az egészségügy jellegzetes szereplőinek (orvosok, ápolók stb.), helyszíneinek (rendelő, kórterem stb.), tárgyainak (sztetoszkóp, reflexkalapács stb.), motívumainak (vizsgálat, vizit stb.) bármelyike felbukkan. Ezek a szereplők, helyszínek, tárgyak stb. szerepeltetése gyakran kifejezetten ürügyszerű (különösen az 1949-es és 1953-as évfolyamokban), és elsősorban egy, az egészségügytől jórészt független üzenet átadására szolgálnak. Időnként egyes szimbólumok megjelenése is elég volt a besoroláshoz: lásd például a *szülészet* kód esetében a („gyereket hozó”) gólyamotívumot. Sőt: egy alkalommal a gólya helyettesítése jelenti a humorforrást: „*Hosszú lesz a tél. Pingvin hozza a gyereket!*” (1977. 2. szám, január 13. o.).

A kódolásnál végül 11 kategóriát különböztettem meg (ezeket lásd a 2. táblázatban) a karikatúrák üzenettípusa alapján. Egy-egy karikatúra több kategóriabesorolást is kaphatott, bár ez nem volt tipikus, a minta mintegy ötödére volt jellemző. A kategóriabesorolás gyakran vitatható, mivel *mindig* értelmezésfüggő, jelen esetben a kutató értelmezésétől függ.¹⁶ Ez azt jelenti, hogy ha adott karikatúra a – szerintem visszas – X je-

¹⁵ A dualista kor rövid életű, hasonló című lapjától gyakorlatilag függetlenül, az 1945-ben indult *Ludas Matyi* kezdettől fogva nyíltan a Kommunista Párt lapja volt (vizuális szimbólumként ezt jelezte – az 1945/5. számtól az utolsó 1956-os számig – valamilyen címlapon megjelenő alak alapján a vörös csillag is). A lap az államszocialista rendszer kiépítése után monopolhelyzetbe került az élclapok terén; az 1990-es rendszerváltást – akárcsak az *Új Ludas* című mutációja – mindössze néhány évvel élte túl.

¹⁶ Ami nem okvetlenül rontja a megbízhatóságot. Amennyiben „*a közlés látens – rejtett – tartalmát, a mögöttes jelentést kódoljuk*” – fogalmaz a közismert módszertani összefoglalás – akkor úgy találhatjuk, „*hogy a közlések mögöttes jelentése e... módszerrel jobban megragadható – ennek az előnynek azonban a megbízhatóság és a pontosan meghatározottság az elvesztése az ára... különösen akkor, ha a regények [vagy, jelen esetben, a karikatúrák – D. Cs.] kódolását nem egyetlen személy végzi. [...]* És hiába is végezné egy személy az egész kódolást – arra sincs biztosíték, hogy definíciói és elvárásai végig változatlanok

lenségre vagy Y attitűdre utal, akkor általában „X-kritikus” vagy „Y-kritikus” kategóriába soroltam, függetlenül attól, hogy mi lehetett a rajzoló viszonyulása a témához. A karikaturistának a viszonyulása ugyanis az általa ábrázolt, utalt vagy implikált jelenséghez sokszor tűnik egyértelműnek, máskor viszont erről csak bizonyíthatatlan hipotéziseink lehetnek.

Az utolsó mondatban említett két pólus közé az értelmezések széles skálája feszíthető ki. Négy konkrét karikatúra példájával¹⁷ illusztrálva:

1. Cím nélkül. Egy nővér a hóna alá szorítja egy beteg lábait, és így vonzolja végig a kórterem padlóján. Két szemtanú sokkolva nézi, a harmadik, egy orvos, inkább csak rezignált: „Sajnos, nem kapunk, csak képesítés nélküli ápolónőt...”

2. kép. Képesítés nélkül



Forrás: Ludas Matyi, 1985. augusztus 21. (41. évf. 34. sz.) 12. oldal, Balázs-Piri Balázs rajza.

Nyilvánvalónak tűnik, hogy maga a rajzoló is kritikus az általam *gyógyítókritika* kategóriába sorolt¹⁸ viselkedéssel kapcsolatban.

2. „Az első operáció” című rajzon egy orvos bekötött szemmel botorkál a műtő felé. Két másik orvos összeség mögötte: „A kolléga úr nem bírja látni a vért...” A formális logika alapján ez is *gyógyítókritika* alá sorolható, de elképzelhető, hogy a karikaturista egyszerűen egy terápiás (a kategória meghatározását lásd a 2. táblázatban) rajzot szándékozott készíteni (1977. 40. szám, október 6. 10. o.).
3. „Náthaszegzon” címmel, ugyanebben a számban. A páciens anyaszült meztelenül, de magassarkúban ül egy kanapén. Mögötte egy orvos, aki még csak nem is sztetoszkóppal vizsgálja, hanem a fülét szorítja a nő meztelen hátára. A nő szemlátomást nem zaklatásnak fogja fel a szituációt, mert kifejezetten vígan kiáltja:

maradnak a munka során” (Babbie 1995:345). Ezt a kutatást egyedül végeztem, s amikor – két alkalommal is – változtattam egyes kategóriákon, akkor újra előről kezdtem a kódolást.

¹⁷ Bár a következő bekezdések az eredmények megelőlegezéseként is felfoghatók, a módszertani tanulságok miatt ide illesztettem azokat.

¹⁸ Egyes esetekben vitatható, hogy a gyógyító személyzet helytelen viselkedése mennyire utal rendszerszintű problémákra, tehát hogy az ezt ábrázoló karikatúra tekinthető-e esetleg társadalomkritikának. A szóban forgó karikatúra azonban nem tartozik a vitatható esetek közé: ilyen típusú viselkedésért nem hárítható „a társadalomra” a felelősség.

„Doktor úr, nincs magának láza?” Ebben az esetben csak sejtéseink lehetnek arról, hogyan értékelte az általa ábrázolt szituációt maga a rajzoló (1977. 40. szám, október 6. 7. o.).

4. „Nehéz eset.” Kétségbeesetten bámuló férfi feje felett kéri a felesége: „Segítsen a férjemen, doktor úr! Az emlékirataim dolgozik és éppen most vesztette el az emlékezőtehetségét!” Első pillantásra betegkritika... de az államszocializmus korában (is) a viccek, humoreszkek, kabarétréfák népszerű témája volt, hogyan írták át sokan a történelmi-politikai fordulatok nyomán az önéletrajzaikat, az emlékirataikat, sokan a saját emlékeiket is. Nem kizárható tehát, de ma már nem lehetséges annak kiderítése, hogy létezett-e egyáltalán, a poénon túl valamilyen rejtett, de tudatos üzenete is a rajznak. (Feltehetően az sem lenne informatív, ha esetleg kinyomoznánk és megtalálnánk a rajzolót: 60 év alatt ő is átírhatta a saját emlékeit). (1965. 14. szám, április 8. 6. o.)

A példák is érzékeltethetik: a kategóriákhoz rövid *munkaelnevezéseket* rendeltem (2. táblázat). Igazán precízen ugyanis az elnevezések jelentős részét idézőjelbe kellene tenni. Például a három kategóriaelnevezésben is használt „kritika” kifejezés az esetek egy részében talán túlértelmezés: a rajzolóknak maguk és a korabeli befogadók jelentős része itt esetleg csak élcelődést látott. Máskor viszont éppen az elfojtott nyilvánosság viszonyai között élő kortársak értelmeztek (túl?) egy-egy korabeli utalást.

2. táblázat. Kategóriák az egészségüggyel kapcsolatos karikatúrák üzenete alapján

Kategóriák ¹⁹	
megnevezése	meghatározása
Belpolitika	Egészségügyi motívumok ürügyszerű használata a belpolitikával kapcsolatos üzenetek megjelenítése érdekében. 1957-ig ez sarkított, manipulatív, időnként kifejezetten primitív propagandát jelentett.
Betegkritika	A páciensek és/vagy hozzátartozók viselkedésével, attitűdjeivel, megnyilvánulásaival stb. kapcsolatos élcelődés; kísérheti (de nem okvetlenül) társadalomkritikai implikáció is. Ha ez a kritika nőt céloz meg, akkor gyakran (de nem okvetlenül) szexizmusnak tekinthető.
Fegyelmezés	A fegyelmezetlen, lógós, szabotáló munkastílus kritikája; 1957-ig tipikusan propagandisztikus stigmatizálása, a több és jobb termelésre való „ösztönzéssel” (nyíltabban: az elvárásokkal kapcsolatos fenyegető figyelmeztetéssel) párosítva.
Gyógyítókritika	Az orvosok, ápolók, mentősök, egészségügyi személyzet viselkedésével, attitűdjeivel, megnyilvánulásaival stb. kapcsolatos kritika.
Közegészségügy	A közegészségügyi szabályok vagy az egészséges életre vonatkozó nem hivatalos normák betartásával/megszegésével kapcsolatos élcelődés.
Külpolitika	Egészségügyi motívumok ürügyszerű használata a külpolitikával kapcsolatos üzenetek megjelenítése érdekében. 1957-ig ez sarkított, manipulatív, időnként kifejezetten primitív propagandát jelentett.
Pikáns	Erotikus szituáció megjelenítése vagy arra való utalás, tipikusan (bár nem okvetlenül), meztelen vagy hiányosan öltözött emberi, túlnyomó többségében női testek felhasználásával. Az ilyen kategóriába sorolt karikatúrák egy jelentős része (bár nem valamennyi) szexista, nőellenes sztereotípiákat is megjelenít.
Pszicho	A mentális betegségekkel vagy rendellenességekkel, azok kezelésével vagy kezelőivel kapcsolatos karikatúrák, a tébolydaktól a pszichológus/pszichiáter kezelésein át, egészen az idegcsillapító/nyugtató tabletták rendszeres fogyasztásáig.
Szexizmus	A női nemmel kapcsolatos negatív sztereotípiák vagy a női mivolttal magyarázható diszkrimináció megjelenítése vagy implikálása.
Szülészet	A szüléssel/születéssel, annak intézményes kereteivel (tehát a szülésetekkel) kapcsolatos, illetve, a Kádár-korszakban a fogamzásgátlással vagy abortusszal kapcsolatos karikatúrák.

19 Mindössze 4, a mintába került karikatúrát nem tudtam értelmezni. Egyes kategóriák, illetve kategóriacsoportok (ez utóbbiak kialakításáról a 2. táblázatot követő szövegrészben lesz szó) eloszlását az 1. és 2. ábra mutatja.

Kategóriák ¹⁹	
megnevezése	meghatározása
Társadalomkritika	A társadalom rendszerszerű vagy kulturális anomáliáinak lecsapódása, megjelenése, utalása vagy implikálása a szűkebb értelemben vett egészségügy területén.
Terápiás	A betegségekkel, balesetekkel, egészségügyi ellátással kapcsolatos kockázatok, kiszolgáltatottság, traumák humoros – vagy gyakran inkább humorosnak szánt – feldolgozása.

Második körben a 11 változót összevontam 4 változócsoporthoz; ezek elemzése az Eredmények utolsó szakaszában olvasható.

A kategóriákon kívül összesen 63 a karikatúrákon megjelenő *motívumot* is kódoltam. A motívumok egy részéről végül kiderült, hogy az elemzés szempontjából csekély hozadékkal jártak, példának okáért: logikus, hogy a leegyszerűsített, sztereotip rajzok készítői előszeretettel ábrázolják az egészségügy tárgyi kellékeit, tehát a köpenyt, a homloktükröt, a sztetoszkópot, az injekciókat, sokáig a koponyát vagy csontvázat is. Bár még ennek fényében is kissé túlzásnak tűnik, hogy a reflexkalapács összesen 10 karikatúrán jelenik meg, ezt az összefüggést kár lenne túlértelmezni. Végül úgy döntöttem, hogy mind a 63 motívum megjelenítése táblázatos formában, akár függelékben is, felesleges lenne, mivel nem bírna megismerési értékkel. A motívumok egy részének elemzését azonban integrálom a későbbi szövegbe.

A legfontosabb kutatási kérdések: hogyan jelennek meg az egészségügyi rendszerrel és az annak szereplőivel kapcsolatos sztereotípiák, közhelyeszerű nézetek, attitűdök, és ennek kapcsán többé vagy esetleg kevésbé burkoltan megjelenített társadalomkritika a kor államosított, egyetlen vicclapjában? Az ellenirányú információáramlás pedig legalább ennyire érdekes: mennyiben és hogyan használta a rendszer ezt a sajátos médiumot indoktrinációra és propagandára?

EREDMÉNYEK

Az 1. és 2. táblázatok adatainak és a későbbi kvalitatív elemzések összevetése egy olyan belső korszakhatárt rajzol ki, ami markánsabbnak bizonyult az előre vártnál. Az 1957-i első szám – ami ebben az évben csak február 21-dikén jelent meg – ikonikus címlapján „*Fazekas Mihály tanító*” szigorúan összevont tekintettel mondja: „*Na, fiam, Ludas Matyi, néhányszor rosszul feleltél!*” Mire a gyerek Ludas Matyi megszemélyesítője, hóna alatt a lap bekötött 1949–1956-os évfolyamaival, magyarázkodik: „*Tanító bácsi kérem, súgtak...*”

A „*súgtak*” kifejezés – a kortársak számára is egyértelműen – arra utalt, hogy a sztálinista korszakban a *Ludas* propagandalappá silányult, amely egyrészt a külső és a belső „ellenség” üldözését, másrészt a rendszer támogatását tekintette feladatának.

Kül- és belpolitika

Az 1949-es évfolyamban, az egészségügyi motívumokat használó karikatúrák 40%-a foglalkozott külpolitikai témával. Ezekben Uncle Sam, John Bull (tehát az USA, illetve Nagy-Britannia megszemélyesítői), a brit orosz-lán vagy konkrét, megnevezett nyugati politikusok²⁰ jelennek meg pszichopata, dilettáns orvosként és/vagy²¹

20 Ideértve a pápát (1953. 34. szám, augusztus 20. 3. o.) is. De a propaganda a Jugoszláviával való 1948-as szakítás után „a nyugati táborba” sorolta a délszláv állam kommunista diktátorát, Titot is (1949. 40. szám, szeptember 30. 6. o.). A Titoval kapcsolatos, az egészségügyi motívumokat nem használó karikatúrák száma csak ebben az évben több tucatra rúg.

21 A kettő nem zárta ki egymást: „*Az imperialisták kórházában*” c. karikatúrán *Ludas Matyi* megszemélyesítője „*a főorvos urat*” keresi – mire az ágyban fekvő nyugati politikusok egyike rámutat az utolsó ágyon fekvő, mindenkinél jobban befászlított „*dr. Trumanra*” (1949. 10. szám, március 4. 8. o.).

rossz bőrben lévő betegként. A páciens néha maga a Kapitalizmus, aki ijedten kérdi: „*És az állapotom aggodalomra ad okot?*” Mire az orvos: „*Egyáltalán nem. Uraságod bele fog pusztulni*” (1949. 33. szám, augusztus 12. 8. o.).²²

Máskor már a karikatúra címéből is megtudjuk, hogy „*a haldokló Kapitalizmus*” betegágyánál járunk. Bevin brit külügyminiszter jön látogatóba, a „feleség”, azaz Truman amerikai elnök tördeli a kezét: „*sajnos, rosszul [van], pedig az orvos állandóan mellette van*”. A szobában szétdobálva kiürült gyógyszeres üvegeket láthatunk, egyiken egy *fascies*, másikon egy horogkereszt (tehát fasiszta, illetve náci szimbólumok), a harmadikon „*atom*” felirat. A félreértések elkerülése végett, a doktoron a „*Fasizmus*” felirat olvasható (1949. 49. szám, december 1. 8. o.).

A belpolitikai propagandát szolgáló karikatúrák ekkoriban részleges átfedésben voltak a külpolitikaiakkal: a kormányzati hazugsággyár újra meg újra összemosta a külső és a belső „ellenséget”, s mindkettővel az Amerikából áradó dollár, a háborúpártiság és a fasizmus motívumát.²³ Ikonikus példa: három héttel a hercegprímás²⁴ letartóztatása után egy *Ludas*-címlapon tábla hirdeti, hogy „*Mindszenty József fogtechnikus rendelője megszűnt*”. A kép előterében Uncle Sam sajnálkozik, miközben a koronáját – azaz az egyik fogára húzott Szent Koronát – mutogatja John Bullnak (1949. 3. szám, január 14. 1. o.).

A belpolitikai propaganda azonban nemcsak a belső ellenség megbélyegzéséről, hanem pozitív üzenetekről is szólt: a gazdasági felemelkedést, a „boldog új életet”, a „választások” fölényes megnyerését is hangsúlyozták. „*A csodadoktor mentegetőzik*” című karikatúrán, oldalán egy paraszttal rokonszenves munkásfigura kiáltja: „*Szép kis doktor maga, Samu bácsi! 1945-ben azt mondta, hogy amerikai kölcsön nélkül nem tudunk talpra állni. És látja, vígan élünk!*” A gyors léptekkel távolodó, Truman – akkori amerikai elnök – arcvonásait viselő Uncle Sam visszaszól: „*Nekem ne tegyenek szemrehányást. Rajtam nem múlt...*” (1949. 16. szám, április 15. 7. o.).

A Rákosi-kor eddig felidézett karikatúrái között nem véletlenül felülreprezentáltak az 1949-esek: a vizsgált 10 évfolyamból ugyanis az 1953-asban publikálták a legkevesebb karikatúrát, s ebből mindössze 13-at tudtam a mintámba sorolni (1961-ben publikálták a második legkevesebbet – de még ez is négyszer annyi egészségügyi karikatúrát jelentett, mint 1953-ban). Még fontosabb, hogy az államszocializmus 1956 előtti korszakában a rezsim elvesztette humorérzékének még a látszatát is, ami súlyos kihívást jelentett az egyetlen vicclap számára is.

Jó példa: az akkoriban nyolcoldalas számból egy teljes oldalt elfoglalt a *Ludas Matyi* látogatása az Egyesült Gyógyszer és Tápszerszergyárban. Az oldal 7 rajzának zöme nem is karikatúra, hanem szimpatikus munkásportré, illetve a korábbi – kapitalista – gyáros kritikája. Az újságírók újra meg újra felteszik a kérdést: „*Milyen kirívó hibákat tapasztalt az utóbbi időben?*” Az egyik ilyen „hiba” egyébként tényleg sokat elárul a rendszerről, bár a felvezetésben „*a bürokráciát*”²⁵ kárhóztatva: „*Az egyik szaki malaca lenyelt egy almát*” – meséli például az „*újítási felelős*” –, *a torkán akadt és az állatorvos levágatta. A szaki bejelentette az esetet a Ta-*

22 https://drive.google.com/file/d/1_wcJ3rp3vjjC36TBvdatzR_84jPoCsAc/view?usp=sharing

23 Szó szerint többszáz karikatúrán – de a túlnyomó többségük természetesen nem egészségügyi motívumokat használva, ezért nem került be az itt vizsgált mintába.

24 Mindszenty József (1892–1973) esztergomi érsek, bíboros. 1948 karácsonyán, többek között kémkedés és valutaüzérkedés vádjával letartóztatták, majd a következő évben, koncepciós perben elítélték.

25 A bürokrácia a „kritikák” engedélyezett célpontja volt – elég képmutató módon egy olyan rendszertől, amely kifejezetten a bürokratikus koordináción alapult (Kornai 2012).

nácsnak. Jóváhagyták a vágást és egyúttal kérték kilenc kiló zsír beszolgáltatását. A malac összesen nyolc kiló volt...” De, ami sokkal fontosabb: senki sem mondott kritikát a saját munkahelyéről, munkakörülményeiről, főnökeiről. Az újságírók ironikus, de alapjában véve helyeslő mosolyt jelenítettek meg, miközben lejegyezték például „Sommleitner Rezső pártvezetőségi tag” válaszát a „Mi a panasz, mi a hiba?” kérdésre: „Majdnem egy éve akar a feleségem lavórt vásárolni és sehol sem kapni...” (1953. 2. szám, január 8. o.).

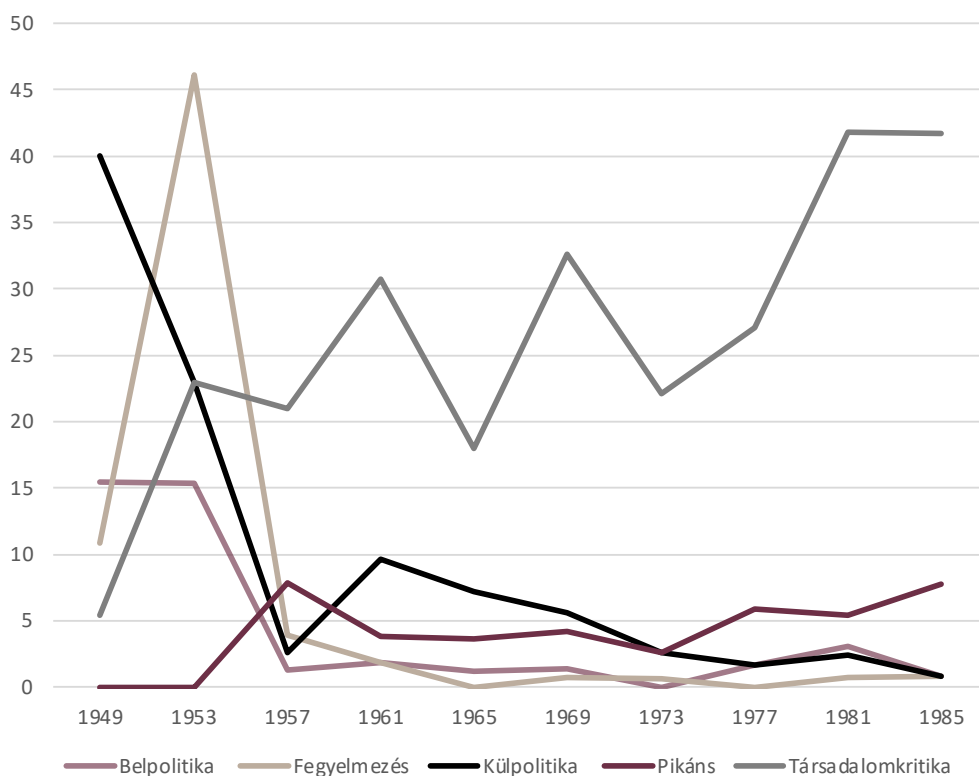
Fegyelmezés

Az 1953-as egészségügyi karikatúrák 46%-át soroltam a fegyelmező („termelésösztönző”) típusba. Ezek egyik tipikus célpontja a „táppénzcsaló” volt, és ez nem is számított viccesnek: ilyen „bűncselekmény” miatt ekkor valóban börtönbe lehetett kerülni.

A Kádár-korban a *Ludas Matyi* bizonyos szempontból a korszak egészében propagandalap maradt, de az eszközei jelentősen finomodtak (Kiss 2023). Mint korábban kifejtettem: a Kádár-rezsim viszonylagos – de az élıhetőség szempontjából kulcsfontosságú – mássága az 1960-as évek elejétől bontakozott ki. Ennek fényében jelen tanulmány fontos felismerésének tekinthető, hogy a *Ludas Matyi*ban, már az 1957-es újraindulás első számától kezdve jelentős változásokat tapasztalhatunk. 1957-től a terjedelem megduplázódott (8-ról 16 oldalasra nőtt), jelentős mértékben átalakult a stílus, majd a változás tendenciái tovább folytatódtak a vizsgált korszak végéig. Feltűnő változás a belpolitikai, a fegyelmező és a külpolitikai karikatúrák arányának visszaesése (1. ábra).

1. ábra.

Egyes kategóriák arányának változása (adott évfolyam egészségügyi karikatúráinak %-ában), 1949–1985



Forrás: saját szerkesztés.

Ráadásul a kvalitatív elemzés azt mutatja, hogy a visszaszorult kategóriákba sorolt karikatúrák „maradékának” a hangulata is erősen megváltozott. Példának okáért, míg a Rákosi-kor propagandája súlyos vétségként kezelte a – vélt vagy valós – táppénzcsalást, addig egy 1957-es karikatúrának („Táppénzes szüret” címmel) egészen más a hozzáállása. „Miért van itt ez az ágy [a szőlőtőkék között], szomszéd?” A megrakott puttonnyal dolgozó férfi válasza: „Minden pillanatban jöhet a beteglátogató²⁶!” (1957. 34. szám, október 10. 16. o.). 1973-ban egy karakter már csak könnyedén megjegyzi, hogy majd bolond lesz beoltatni magát influenza ellen, hiszen „Jól jön az ünnepi rumli után egy kis táppénzes nátha” (1973. 1. szám, január 4. 15. o.).

Hasonlóképpen megváltoztak a külpolitikai karikatúrák. A korábbi pszichopata vagy szociopata nyugati politikusok helyett, példának okáért, egy 1961-es karikatúrán – az amúgy szimpatikusnak megrajzolt – Kennedyt²⁷ láthatjuk vérnyomásmérés közben. „Semmi különös, egy kis keringési zavar” – nyugtatgatja az orvos az elnököt, aki felfelé, a Föld körül keringő szovjet Voszток űrhajóra bámul (1961. 33. szám, augusztus 17. 9. o.). Az 1960-as–1980-as évek külpolitikai karikatúráinak jó része immár nyugodtan megjelenhetett volna egy korabeli nyugati demokratikus ország sajtójában is. Sőt, arra is van példa, hogy betű szerint onnan vették át a karikatúrát, mint például az amerikai dollár és a Deutsche Mark (német márka) erőviszonyainak megváltozásán élcelődő rajzot a svájci *Die Weltwoche*-ből (1973. 10. szám, március 8. 3. o.).

Társadalomkritika

A társadalomkritikai karikatúrák aránya 1953-ban 23% volt – de ez a váratlan eredmény az alacsony esetszám (n=3) miatt nem releváns. Igaz, az egyikben megjelenik a „szép jövő” előtt álló motívum: a gyógyszerhiány. Csak éppen egy blőd poén mögé rejtve: a beteg leteszi a (levágott?) fejét a patikus elé: „Ha majd megjön a Karil [a kor legkeresettebb fájdalomcsillapítója – a szerző], adjon be neki kettőt! Addig itt hagyom...” (1953. 47. szám, november 19. 6. o.).

Ugyanezen szám egy másik karikatúrája a hiányt rendszerszerűen újratermelő, ugyanakkor rendszerszerűen pazarló államszocialista gazdaság (Kornai 1980) kritikáját adja. A „Mit tehetett volna mást?” című képen az orvossal szemben egy ló ül a székben: „Professzor úr, rettenetesen nyikorog a kocsikerék... Zúg a fülem!” – panaszkolja. „Ezzel a semmiséggel Pestre jön egy professzorhoz?” Persze: „Tudja maga, mennyivel egyszerűbb egy lónak Pestre jönni a professzorhoz, mint kocsikenőcsöt kapni a mi falunkban?” (1953. 47. szám, november 19. 3. o.). Egy 20 évvel későbbi karikatúra modernebb eszközökkel, de hasonló módon a hiány/pazarlás egymást erősítő köreit ábrázolja. „Kánikulában” ájúlodoznak egy áruház vevői és eladói, s aki talpon marad, nyúl a telefon után: „A légkondicionáló egy vagyonba kerülne, a mentők viszont ingyen jönnek...” (1973. 32. szám, augusztus 9. 1. o.).

A „kritika” a Rákosi-kor zsargonjában az apparátuson belül játszmák eszköze volt. Ezért, a szóhasználat dacára nem a társadalomkritika, hanem a belpolitikai propaganda kategóriája alá érdemes sorolni azt a „karikatúrát”, amely szerint a „kritika”: „Keserű orvosság, amit mindenkinek le kell nyelni” (1953. 19. szám, május 7. 3. o.).

A valóban társadalomkritikai karikatúrák aránya az 1960-as években növekedni kezdett, s az 1980-as években már az adott évfolyamok mintájának 40%-át is meghaladta. A kritika hangneme is élesedett: lepusztult, rendszeresen kifejezetten romos kórházakat is láthatunk, időnként új építésűeket is (1981. 9. szám,

²⁶ Aki leellenőrizte, hogy a táppénzen lévő dolgozó valóban beteg-e.

²⁷ John Fitzgerald Kennedy, 1961 és 1963 között az Egyesült Államok elnöke volt.

február 26. 2. o.); miután a híradóban elhangzik, hogy a „*hazai események jönnek*” – a tévénező azonnal kéri az idegcsillapítóját (1981. 15. szám, április 9. 6. o.); a döbrent feleség nyilvánosan lehülyézi a férjét, mert az azt hitte, hogy az orvosi ellátás ingyenes (1985. 16. szám, április 17. 3. o.); „*A hét hírei: örült a műtőben*” – ez az újsághír²⁸ olyan karikatúrát ihletett, amelyen a műtőasztalon fekvő beteg a kezében szikével fölé hajló sebésznek kijelenti: „*Én elvből nem adok hálapénzt*” (1973. 29. szám, július 19. 5. o.); míg korábban éppen az volt kabarétréfák tárgya, hogy milyen nehéz látogatási időn kívül besurranni egy kórterembe, addig az 1985-ös „*Nővérhiány*” című karikatúrán így sóhajt az orvos: „*Kórházunkban nincs kijelölt látogatási nap, hogy a betegeket bármikor gondozhassák a hozzátartozók*” (1985. 44. szám, október 30. 2. o.).

Bár a hálapénznek nevezett gyógyítomegvesztegetés az egész korszakban elterjedt gyakorlat volt, mindössze²⁹ 12 karikatúrában jelenik meg, valamennyi 1973-ban vagy utána. Igaz, Brenner György egy rajza utal a jelenség *elterjedtségére* is: a szöveg nélküli karikatúrán egy fiatal doktor zsebébe csúsztatják a borítékot; a cím: „*Orvosavatás*”.

3. kép. Orvosavatás



Forrás: Ludas Matyi, 1985. október 9. (41. évf. 41. sz.) 16. oldal, Brenner György rajza.

1969-ben még lehetett viccelődni azon, hogy a doktor másodállásban sírásóként egészíti ki a keresetét (1969. 37. szám, szeptember 11. 15. o.). Egy nyolc évvel későbbi karikatúrában viszont a beteg férjének megjegyzése – „*Ha tudom, hogy csak Trabantja van a doktornak, nem bízom rá a kezelésedet*” – mögött nem pusztán „sznobizmus” állt: a hálapénz annyira elterjedt volt, hogy ha az orvos tényleges (tehát a hálapénzt is magába foglaló) jövedelme alacsony volt, az felkeltette a hozzá nem értés „gyanúját”. Kivéve persze a táplá-

²⁸ Az egyik típusban „valódi” újságcikk – esetleg annak a címe – volt a karikatúra kiindulópontja (vagy inkább ürügye).

²⁹ A minősítés arra utal, hogy a valóságban nagyságrenddel elterjedtebb jelenségről volt szó: korabeli kutatások szerint az 1980-as években a páciensek több mint 70%-a adott hálapénzt, egy-egy alkalommal átlagosan a havi átlagbér 42,2%-át (Galasi–Kertesi 1990:261–262).

léklánc alján állókat: egy 1985-ös karikatúra szerint a „nőgyógyász”, a „gyermekgyógyász” és a „belgyógyász” egyre kisebb autóval rendelkezik ebben a sorrendben; a „röntgenorvos” pedig semmilyen (1985. 18. szám, május 1. 3. o.). Szikével a kezében súgja a sebész a műtetre váró betegnek: „Munkaidő után maszek újraélesztést is vállalom” (1977. 14. szám, április 7. 15. o.). Hétköznapi fordulattal: ez nem volt olyan vicces – de éppen ezért volt a korban szellemesnek számító fekete humor.

Éjszakai jelenet egy kórház folyosóján. Takarítónő tolja a páciens a műtő nyitott ajtaja felé, s közben megjegyzi: „Ne féljen, a doktor úr operálja”. Eleve érdekes egy társadalom, ahol nem árt tisztázni, hogy nem a takarítónő fog műteni, de az érintett ráadásul meg is magyarázza: „Ilyen órabér mellett én nem is vállalnám...” (1977. 9. szám, február 27. 1. o.). Egy korábbi rajzsorozat mintha ugyanezt az ötletet radikalizálta volna: a beteget takarítónőként útbaigazító hölgyről a harmadik képen kiderül, hogy ő valójában „Dr. Jucika főorvos”. A „Jucika és a takarítónő hiánya” című rajz társadalomkritikáját azonban a Jucika-sorozat szokásos bugyutasága enyhíti: a karakter magassarkúban és harisnyában takarít, millimétereken múlik, hogy nem villantja ki a bugyija peremét, majd a főorvos szerepében, a zavar legkisebb jele nélkül vesz fel fensőbbes arckifejezést (1969. 47. szám, november 20. 4. o.).³⁰

A zseniális Brenner György „Egészségügy” című karikatúráján, egy kórház vagy rendelőintézet folyosóján csak két nővér látható. Az egyikük megkérdi: „Figyeld csak, a betegek jajgatnak, vagy az orvosok...?” (1981. 34. szám, augusztus 20. 4. o.).³¹ Az implikáció nyilván az lehetett, hogy mindkét csoportnak lenne oka panaszra.

Bár a kiszolgáltatottság rendszerszerűen aszimmetrikus volt, a páciens még a legkiszolgáltatottabb szituációk egyikében, tehát a műtőben³² is ellenállhatott a beavatkozásnak, például azzal, hogy felmászott a mennyezeti lámpára (1973. 15. szám, április 12. 12. o.) vagy egy szál törülközőben megszökött (1981. 2. szám, január 8. 11. o.). Legalábbis a *Ludas* terápiás kategóriába sorolt karikatúráin jelennek meg a betegágencia hasonló példázatai.

Pikáns témák

Az egyik kategória megnevezésére a *pikáns* kifejezést használtam, nem annyira eufemizmusból, hanem mert az ekkor népszerű, de manapság elavulóban lévő kifejezéssel próbáltam visszaadni a kor ambivalens prűderiáját. „Hagyjuk a szexualitást a hanyatló Nyugat ópiumának” – hirdeti a szentenciát Virág elvtárs az ikonikus *A tanú* című filmben. S valóban, a *Ludas* 1949 és 1953-as évfolyamaiban egyetlen karikatúrát sem tudtam ebbe a kategóriába sorolni – míg egyedül az 1957-es évben hatot is.

A meztelenség megjelenítése, az erotikának akár csak az implikálása a Kádár-korszakban – bármilyen furcsán hangzik ez manapság – „felszabadító” hatást (is) kiválthatott, a politikai vezetés „humanizmusának”, a társadalom nagyobb szabadságának illúzióját nyújthatta. Bár a rezsim felemás toleranciájával viszonylag olcsón demonstrálhatta a Rákosi-korszaktól való viszonylagos másságát, a pucérságban sokáig maradt némi kritikai potenciál is. (Ha korábban egy filmet idéztem ezzel kapcsolatban, akkor ezen bekezdés legjobb – szinte már önparodisztikus – illusztrációja a Máriássy Félix által rendezett 1966-os *Fügefalevél* című magyar film lehetne). Ez a kettősség keltette feszültség adta még az 1980-as évek magyarországi naturista mozgalmának a hajtóerejét is.

30 <https://drive.google.com/file/d/1gBFBQoQLrQpcwIEhDTIDw1m-fiwSwDI/view?usp=sharing>

31 https://drive.google.com/file/d/1PdJiizGdGEjUopr96HPtsa-SGKpP_GXQ/view?usp=sharing

32 A műtőmotívum a minta összesen 61 karikatúráján szerepel.

A magyarországi naturista mozgalomnak végül sikerült kiharcolni civiltársadalmi egyesületük, illetve a délegyházi strand legális működését – de, jellegzetes módon, éppen 1990 után, tehát amikor végképp elvesztette kritikai áthallásait, a mozgalom erősen lehanyatlott. Ez a megjegyzés nem felesleges kitérő volt, a *Ludas* rajzolói ugyanis előszeretettel ábrázolták – az általuk általában nudistának nevezett – naturistákat, s még a mintánkba is került egy ilyen karikatúra. A cím nélküli képen a tökéletes alakú női páciens anyaszült meztelenül várja, hogy a doktor a hátához érintse a sztetoszkópot. A nő, bár az orvosnak háttal áll, takarni igyekszik testének intim részeit. A doktort még ez is kifejezetten ingerültté teszi: „Csak semmi álszemérem. Láttam én már magát Délegyházán!” A szituáció, az oda nem illő, ráadásul kioktató hangú magánéleti megjegyzés, és a háttérben várakozó nővér, akinek ugyancsak tökéletes alakján mintha egy testhez simuló elasztikus kezeslábas feszülne (1985 34. szám, augusztus 21., 12. o.)³³ – jól illusztrálja, hogy a „pikáns” kategóriába tartozó karikatúrák többsége szexista is. Ha valaki túl normatívnak találja ezt a minősítést, ahhoz mindenesetre ragaszkodni lehet: a pikáns karikatúrák tipikusan öncélú, néha hihetetlenül életszerűtlen helyzetek ürügyén, esetleg kifejezetten ostoba módon jelenítik meg a meztelen vagy hiányos öltözékű női testeket. (Meztelen férfitestet viszont nagyon ritkán, és akkor sem erotizálva, még akkor sem, ha a szituáció – pl. ágyban fekvő pár – ezt esetleg „indokolta” volna.)

Paradigmatikus példa: egy címlapkép helyszíne egy zsúfolt gyógyszerár. Sokkolt vagy élvezkedő pillantások kereszttüzeében egy fiatal nő látható, aki levette már a télikabátját és a pulóverét (érdekes, közben a téli sapkája valahogy a fején maradt), teljesen kigombolta a blúzá, térdig letolta a nadrágját, feltárva irreálisan keskeny derekát és ehhez képest impozáns melleit (a melltartó és a bugyi még maradt). Mintha csak ebben a fázisban jött volna rá arra, hogy valami nem stimmel a viselkedésében: „Elnézést, de az orvosnál mindig le kellett vetkőznöm ezekért a gyógyszerekért...” – magyarázza.

4. kép. Sztriptíz a gyógyszerárban



Forrás: *Ludas Matyi*, 1977. január 13. (33. évf. 2. sz.) 1. oldal, Balázs-Piri Balázs rajza

³³ <https://drive.google.com/file/d/1h24Wk-W6NBX-kzUodrg-TuekOBe4fhno/view?usp=sharing>

Vagy: „Üzemorvos rendelőben”, Pusztai Pál rajza.³⁴ A bombázó alkatú hölgy bugyiban és harisnyában ül, kezének egy „véletlenszerű” mozdulatával takarja el a mellbimbóit. A doktor ekkor kérdezi meg: „Na, most akkor mondja meg, mi fáj?” Mire a nő ezt válaszolja: „Az fáj, hogy nem kaptam prémiumot...” (1969. 46. szám, november 13. 16. o.).

Vagy: egy cím nélküli karikatúrán egy pizsamás férfi alszik a háttérben, a kép előterében egy nő – feltéhetően a felesége – hason fekszik egy kanapén. A köldöktől lefelé meztelen nő fenekére felé egy vigyorgó orvos emeli az injekciót, amikor (!) a nő megjegyzi: „De doktor úr, a férjem a beteg, nem én...” Az orvos viselkedése tulajdonképpen *rosszabb*, mintha „csak” szexizmus lenne, hiszen gesztusa zaklatásnak minősíthető. A nőt pedig idiótának tünteti fel a karikaturista (1981. 24. szám, június 11. 10. o.).

Szexizmus

A fenti példákkal tulajdonképpen áttértünk a szexizmus témájára is. Eredetileg „stigma” munkaelnevezéssel terveztem e kategóriát, amelybe *valamennyi* kisebbségi/másságkategóriával kapcsolatos negatív sztereotipizálás, az etnikai, vallási, gender vagy rasszjellegű társadalmi csoportok tagjaival kapcsolatos élcelődés³⁵ került *volna*. Azonban a mintában – tehát a 10 évfolyam egészségügyi karikatúráiban – csak a női nemmel kapcsolatos élcelődést találtam – ezért lett a kategória neve végül *szexizmus*.

Időnként persze vitatható, hogy egy történetesen női karakter negatív vagy sztereotip megjelenítése mennyiben tulajdonítható a gender kategorizálásnak – máskor azonban ez nem is kérdéses. Egy egyszerre kivételes és mégis tipikus példán egy férfi jelenik meg az abortuszbizottság előtt. „Micsoda? Maga jött a felesége helyett?” Ha a férfi valami olyasmit válaszolt volna, hogy igen, mert a gyenge nő helyett jöttem én, az erősebb nem képviselője stb. – már ez is sértő szexizmus lett volna. A válasz azonban valami még durvábbat implicál: „Igen, doktor úr. Ő ugyanis szeretné megszülni” (1965. 12. szám, március 25. 1. o.).

Endrődi István *Sámánok* sorozatának „Őskori állapotok” című rajzán az egy szál leopárdmintás ágyékkötőt viselő nővér útját állja a sámán-doktor felé tartó páciensnek, figyelmeztetve: „A főorvos úr csak borítékban fogadja el a paraszolvenciát...” Valószínűleg freudi alapon, csak második pillantásra fogtam fel: a páciens eredetileg *természetben*, azaz egy hajánál vonszolt – de azért érzéken mosolygó – félmeztelen *nővel* akart hálapénzt fizetni (1981. 19. szám, április 9. 4. o.).³⁶

A karikatúrák egy része olyan durván karikírozza a férfiak nőkhöz való hozzáállását és viselkedését, hogy a kódolás első körében hajlottam arra: a rajzoló éppen a szexizmus *kritikáját* akarja megjeleníteni, egyfajta sajátos, „nem tudatosított feminizmust” implicálva. Lásd a példát: egy infúzióra kötött, beteg, megviselt nő fekszik a kórházi ágyon, a címből tudjuk, hogy az „*intenzív osztályon*”. Az ágy mellett egy bekötött mosógép áll, éppen érkezik egy férfi, szemlátomást a beteg nő férje, hóna alatt egy lavórnyi mosnivalóval: „*Megjöttem szivecském...*” (1981. 44. szám október 29. 6. o.). Idővel azonban elbizonytalanodtam ebben az értelmezésben, mivel jelen kutatás során annyi, jórészt nem a mintába tartozó, családdal, nemiséggel, genderszerepekkel

34 A rajzoló nevének megemlítése nemcsak ebben a cikkben, hanem magában a *Ludas Matyi*-ben is esetleges: néha ráírták magára a rajzra, máskor egy – a rendszeres olvasók által ismerős – szignót használtak, míg gyakran kideríthetetlen, hogy ki volt a rajzoló.

35 Az ilyen karikatúrák száma és aránya más kutatások szerint is drasztikusan lecsökkent a *Ludasban*, főleg az 1945 előtti élclopokhoz képest (pl. Dupcsik 2023). Az üldöztetés céljára létrehozott sajátos „társadalmi kisebbség”, a kulákok stigmatizálása az élclopokban is (Tóth 2021, Závada 2006) 1957-től egy csapásra eltűnt.

36 https://drive.google.com/file/d/1ptv6DliSCsrFkAjZtVHS8ePJFq_68og/view?usp=sharing

stb. kapcsolatos karikatúrával találkoztam, amelyek alapos vizsgálata egy külön tanulmányért kiált. Többek között az ilyen rajzok alapján vontam le ezen cikk első felének „módszertani” általánosítását: egy karikatúra üzenetének rekonstruálásakor gyakran (bár nem mindig) bizonytalanok lehetünk az alkotó szándékait, saját üzenetével kapcsolatos attitűdjait illetően.

Közegészségügy

A közegészségügy kategóriájába tartoznak a járványokat, egyes káros függőségekből vagy tömeges helytelen életmódból, fertőzésekből eredő egészségügyi kockázatokat, azok kezelését érintő karikatúrák. Itt ugyan-csak gyakran találkozunk a fent említett ambivalenciával: nem tudjuk, kivel-mivel szolidáris maga a rajzoló. Például: az alkohol túlzott fogyasztása mindig, vezetés előtt pedig kis mennyiségben is káros az egészségre – számos karikatúra³⁷ mintha engedelmesen rábólintana erre a közegészségügyi intelemre, de azért gyakori az alkoholizmus cinkos jóváhagyása is.

A mai szemmel legelképezetőbb karikatúrán a legfeljebb bölcsődés korú gyerekek³⁸ csapolt pilseni sört isznak, miközben dühösen odébb rugdossák a cuclisüvegeket. Félreértés ne essék, *nem kritikai* rajzról van szó: a cím „A legifjabbak dőzsölnek az Őszi Vásáron”, a totyogók a sör mellett füstölt kaviárt és lazacszeleteket is falnak, míg meghatottam mosolygó felnőttek kínálgatják őket...

5. kép. A legifjabbak dőzsölnek az Őszi Vásáron



Forrás: Ludas Matyi, 1949. szeptember 30. (5. évf. 40. sz.) 5. oldal, Szegő Gizi rajza.

³⁷ Az alkohol motívuma 30, a detoxikáló motívuma 23 karikatúrán szerepel.

³⁸ Ők a „legifjabbak”, akik a Gis szignójú karikaturista visszatérő hősei voltak az 1949-es évfolyamban.

A rajz melletti másik karikatúrán egyébként a parodisztikusan túlsúlyos, félmeztelen, de cilindert viselő Kapitalizmus szemébe mondja az orvos: „Önt nem tudom meggyógyítani, ön valóban beteg” (1949. 40. szám, szeptember 30. 5. o.).³⁹

Az előző bekezdésben 1949-es karikatúrákról volt szó, 1973-ban azonban normatív nem volt már elfogadható a gyerekek alkoholfogyasztása. Mégis, ez utóbbi évben jelent meg egy „vicces” címlap-karikatúra, amelyen magát az ittas Mikulást – kezében és puttönyában üres borosüvegek, valamint „kedvezményes árú borok” felirat – éppen bekísérik a „Detoxikáló Állomásra;” ráadásul, a mintában egyedülálló módon, nem mentőskö, hanem egy rendőr. Mégis, nyilvánvaló a cinkos kacsintás: a rendőr arcán is elnéző mosoly dereng, miközben összesen hat ujjongó kisgyerek nézi a jelenetet, és szocializálódik arra, milyen derűs dolog, ha egy felnőtt a gyomormosás szükségességéig leissza magát (1973. 49. szám, december 6. 1. o.). (Zárójelben: ha már kétszer is szóba került a gyerekmotívum: az újszülötteket és magzatokat nem számolva, a mintába került 909 karikatúra mintegy 91%-án nem szerepel egyetlen gyerek sem.) Megjegyzésre érdemes, hogy Magyarországon az alkoholisták becsült száma⁴⁰ 1950 és 1990 között 67 ezerről mintegy 760 ezerre nőtt.

Hasonlóan változó attitűdöket láthatunk a túlsúly, a kávéfogyasztás⁴¹ vagy – különösen – a dohányzás elleni egészségügyi küzdelemmel kapcsolatban is. „Ludas Fórum. Dr. Lapis Károly professzor, a Magyar Onkológus Társaság elnöke kérdezi: Önök szerint miért káros a dohányzás?” A válaszoló 11 karikatúra (1981. 42. szám, október 15. 8–9. o., valamint egy további a címlapon, 1. o.) többsége relativizál, csúsztat vagy elvicceli a káros hatásokat. Balázs-Piri Balázs karikatúráján például kétségbeesetten magyarázó, felméréseket lobogtató orvosok üldözik a pipázó karikaturistát. A kép alatt a verbális válasz: „Mert teljesen kiborít, hogy folyton macerálnak miatta” (1981. 42. szám, október 15. 9. o.).⁴² Az „üldözöttség” motívuma többször felmerül (például a túlsúly kapcsán is, lásd a „Szegény kövérek” címlap-karikatúrát, 1973. 39. szám, szeptember 27. 1. o.), mint ahogy „az orvos vizet prédikál, miközben...” motívuma is (például 1957. 18. szám, június 20. 11. o. vagy 1973. 36. szám, szeptember 6. 7. o.).

„Nikotin-elvonó Intézet” – olvasható egy épület homlokzatán. „Azelőtt detoxikáló volt, az alkoholizmus megszüntetése után építettük át”. Nem igazán értem a poént (1981. 46. szám, november 12. 6. o.).

A *nem* öncélú, tehát a narratívában funkcióval bíró meztelenség egyik példájában egy anya szex közben kapja rajta a lányát. A férfi zöldre vált arcából – és a korabeli szexuális normákból – az következne, hogy az anyának botrányt „kellett” volna csapnia, de a humoros rajzon ezt kiáltja: „Mondd, kislányom, influenzát akarsz kapni?” (1969. 49. szám, december 4. 15. o.). Jellegzetes: a nyolc gyakori fertőző betegségben elhunytak aránya az 1910-es érték 18,1%-ára csökkent 1950-ig, majd 3,86%-ra 1970-ig.⁴³ Azért ez utóbbi év adatával zártam az összehasonlítást, mert a mintában összesen 30 karikatúrán szerepel a járvány motívuma – ebből 26-ot 1969-ben vagy később publikáltak. Ulrich Beck kockázattársadalom-fogalma (2003) juthat eszünkbe:

39 <https://drive.google.com/file/d/189bol507b4a7KyAg5urrKRDxMgVlqKz5/view?usp=sharing>

40 A májzsugorodásos halálesetek számából (KSH 1996:226–227) az ún. Jellinek-formula alapján megbecsülve, lásd a KSH hivatalos módszertani elveit. <https://www.ksh.hu/kereses?q=Alkoholista%C3%A1k%20becs%C3%BClt%20sz%C3%A1ma>

41 Érdekes módon a kávé (túlzott) fogyasztását ebben a korszakban károsabbnak ítélték, mint manapság. Ennek ellenére a kávé átlagos fogyasztása 1950 és 1990 között 26-szorosára nőtt (egy főre jutó évi átlag 0,1 kg-ról 2,6 kg-ra, KSH 1996:201). Lásd még: 1969. 20. szám, május 15., 7. o. https://drive.google.com/file/d/1R-zlFCXSW_pEPfveBzxJE-Lc_7kcigDg/view?usp=sharing

42 <https://drive.google.com/file/d/1hbY6hyJp3jnWTXLeikl-l4ph-FR4Yjgi/view?usp=sharing>

43 Gümőkór, hastífusz, dizentéria (vérhas), diftéria, vörheny és streptococcus, szamárköhögés, kanyaró, szifilisz; a hatalmas ingadozásokat mutató influenzát nem vettem számításba. 1970-ben az ilyen halálozások mintegy 95%-át egyedül a tbc okozta (KSH 1996:226–227).

objektíve hiába csökkent nagyságrendekkel az életünket és egészségünket fenyegető veszélyek szintje – a kockázatok érzékelése, mérlegelése, kommunikálása stb. ezzel párhuzamosan vált nagyságrenddel fontosabbá. Mint a cím nélküli karikatúrán, amelyen két férfi várakozik egy kórházi folyosón, és a szülőszoba ajtaja feletti táblát tanulmányozza: „Az élet káros az egészségre.” Az egyik (leendő) apa füstölő cigarettát tart a kezében (1981. 28. szám, szeptember 9. 5. o.).

Szülészet

Az utolsó karikatúra egyúttal átvezetés a *szülészet* kategória elemzéséhez. 88 ilyen karikatúra került a mintába, ennek 95%-át 1961-ben vagy ez után publikálták (miközben a születési mutató – ingadozásokkal, de lényegében az 1870-es évek óta – folyamatosan csökkent, Dupcsik 2015). A szülőszoba előtt várakozó – nagyon gyakran dohányzó – apa figurája 33 karikatúrán bukkan fel; az egyik képen párba állítva, az ugyanazon a folyosón, ugyanolyan testtartásban, ugyanúgy cigarettázva, de már abortuszra várakozó apával (1965. 22. szám, június 3. 12. o.).⁴⁴

Az apás szülés motívuma mindössze 4 karikatúrán tűnik fel, mind a négy 1985-ös, és mind a négy az apák gyengeségén élcelődik⁴⁵ a téma kapcsán. Érdekes megfontolni, hogy ilyen előzmények után az apa jelenléte gyereke születésénél már a 21. század első éveire erős normává⁴⁶ vált.

A gólyamotívum 16 karikatúrán bukkan fel (beleértve a korábban említett pingvinhelyettest is). A motívum felhasználása nem olyan fantáziátlan, mint első pillantásra hinnénk. Például egy, az 1956-os forradalom leverése után alig több mint fél évvel megjelent karikatúrán az újszülöttet hozó gólyának egy idős néni nyit ajtót, és sajnálkozva mondja: „Nálam lakott kérem, de disszidált...” („Nem lehet kézbesíteni”, 1957. 15. szám, május 30. 15. o.). Vagy: a „magyar légikalóz” egy álarcos újszülött, aki pisztolyt szegez a gólya fejéhez: „*Irány Pest! Vidéken nem szállunk le...*” (1969. 41. szám, október 9. 7. o.).

Az asszisztált reprodukciós technológiák a „lombikbébi” formájában ragadta meg a magyar karikaturisták fantáziáját. A motívumot használó karikatúrákon az ilyen babák egy üveglombikban *jönnek létre*, sőt, tipikusan a lombikot tekintik „az anyának” is. Még az is előfordul, hogy az anya az apával együtt a folyosón várja a babáját, akit a kilépő egészségügyi dolgozó (az egyetlen férfi a hasonló jelenetekben) a meghitt „*Üvegbetét kettőötven*” kifejezés kíséretében ad át (1981. 1. szám, január 1. 2. o.). A „*Magyar lombikbébi*” című karikatúrán az egyik „magzat” ezt kiáltja oda a szomszédos lombik lakójának: „...*az anyád!*” (1981. 25. szám, június 18. 16. o.).

Egy 1985-ös címlapon kombinálják a két motívumot, mert a két hagyományos gólya mellett egy „lombik-gólya” repül, s a szövegből megtudhatjuk, hogy „*jön a magyar lombikbébi!*”

44 https://drive.google.com/file/d/1oDOchtupoGUA_gL78YIRU-t6GzRrfdvC/view?usp=sharing

45 Az egyik rajzon az apás szülés tulajdonképpen meg sem történik, a terhes nő ugyanis még otthoni környezetben nyugtatgatja a férjét: „*Jól van, nem kell majd ott lenned a gyermekeid születésénél, csak gyere már az ágyikóba!*” (1985. 29. szám, július 8. o.).

46 Ezt az állítást első pillantásra gyengíti, hogy a 2020-as évek elején a szüléseknek „csak” 56,7%-ánál volt jelen az apa is. Ugyanakkor Magyarországon a szülések – nemzetközi összehasonlításban kirívóan nagy hányada, azaz – 42,9%-a császármetszés volt, amelyre az apákat nem engedték be (Veroszta et al 2022).

6. kép. Lombik-gólya



Forrás: Ludas Matyi, 1985. február 27. (41. évf. 9. sz.) 1. oldal, Fülöp György rajza.

Nem melléleg: a 13 lombikmotívumot használó karikatúra döntő többsége az 1969 és 1981 közötti számokban jelent meg.

Betegkritika

A gyógyszermotívum összesen 109 karikatúrában bukkan fel. Kezdetben főleg a *betegkritika*-kategória részeként, tehát az indokolatlan, túlzott vagy irracionális szempontok által meghatározott gyógyszerfogyasztás parodizálásaként. A humoristák itt mintha elfogadnák a tipikus orvosi felfogást: a gyógyszer-túlfogyasztás a betegek tudatlanságából, egyfajta modern kuruzslásigényből fakad. Keleti Károly korábban már idézett művében azt is írta, hogy a tipikus falusi magyar 1871 körül „*Irtózik gyógyszer drágaságától, inkább három annyi költ időközben keresethiány miatt*” (Keleti Károlyt⁴⁷ idézi Andorka 1983:1065). Az ugyancsak már idézett *Kis-kunhalom* orvosa, miután utasítja a parasztsaládot, hogy – szekéren, hajón, tömegközlekedéssel – felvigyék a beteg lányt a pesti kórházba, még ezt is hozzáteszi: „*Fájdalomcsillapítót nem adok – mondja a beteg felé. – Már csak azért sem, mert akkor még itt talál maradni...*” (Nagy 1978:140).

A gyógyszerfogyasztás megugrását az 1960-as évek elejétől a tudatlanság helyett valószínűleg tényezők kombinációja magyarázza, amelyben szerepet játszik a kínálat bővülése, az ártámogatási rendszer, a növekvő jövedelmek és a helyi készletek felhalmozását ösztönző hiánygazdaság (Kornai 1980). A gyógyszerfogyasztás növekedését részben az magyarázza, mint az alkoholizmus növekedését: egyszerűen jóval több ember engedhette meg magának. Fontos szempont még, hogy a tabletták bekapása összehasonlíthatatlanul gyorsabb és egyszerűbb volt, mint az egészségügy bármely más szolgáltatásainak igénybevétele, illetve a sokszorosan kiszolgáltatott emberek számára a nagyobb kontroll érzésének illúzióját nyújthatta.

Első pillantásra paradox, de szociálpszichológiai szempontból érthető módon, miközben a társadalom – de facto, nagyon viszonylagos – autonómiája növekedett, a gyógyszermotívum egyre inkább a társadalomkritika-kategória kísérőjévé vált. Egyrészt – bár objektíve nyilván javult a gyógyszerellátás minősége – az orvosság gyakrabban társult a „hiány(cikk)” motívumához. Másrészt, közhelyszerűvé vált, hogy ezt a társadalmat sokan csak nyugtatók fogyasztásával képesek elviselni.

A karikatúrák vizuális motívumai elemzésének ez lehet a legfontosabb tanulsága: miközben az egészségügyi ellátás eltömegesedett, túlnyomórészt nagy intézmények kereteibe illeszkedett, a leggyakoribb interakciótípus változatlanul egy beteg és egy orvos között zajlott. Kvantifikálva: *alapszituáció A*-nak neveztem azokat a szituációkat, ahol az orvos-páciens párost maximum egy hozzátartozó egészsíti ki – ezt a motívumot a minta összesen 193 karikatúráján találtam meg. Hozzáadva az *alapszituáció B* (amikor maximum egy aszisztens/nővér is jelen van), illetve az *alapszituáció C* (amelyen maximum egy nem-orvos egészségügyi dolgozó és legalább egy további beteg is látható) motívumokkal jellemezhető rajzokat – eredményként a minta 29,4%-át kapjuk.

A fentiekben nem elemeztem részletekbe menően valamennyi kategóriát, mivel már így is fellépett egyfajta telítettség hatás. A kutatás utolsó fázisában a 12 kategóriából 4 kategóriacsoportot alakítottam ki. Az első ilyen csoportba soroltam a belpolitikai, a külpolitikai és a fegyelmező karikatúrákat (*propaganda/fegyelmező kategóriacsoport*). Ezeket a kategóriákat nyilvánvalóan a – mindvégig diktatórikus, bár mint láthattuk, különböző alkorszakaiban szignifikáns módon különböző – állam törekvéseinek a szolgálata kapcsolta össze.

A *szórakoztató/tágabb értelemben vett terápiás* kategóriacsoportba soroltam a *betegkritika*, a *gyógyítókritika*, a *pikáns*, a *pszicho*, a *szexizmus*, a *szülészet* és a szűkebb értelemben vett *terápiás* kategóriákat.

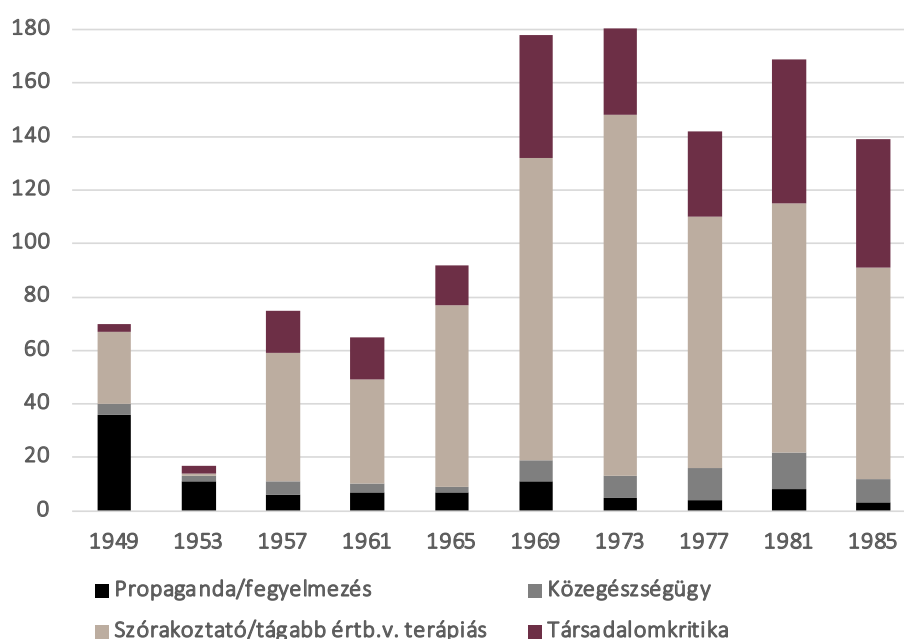
47 Keleti Károly (1871) *Hazánk és népe közgazdaság és társadalmi statistika szempontjából*. Pest: Athenaeum. 151.

Bizonyos értelemben a fent említett két kategóriacsoport közé helyezhető a közegészségügy kategóriája. A közegészségügyi témák elvileg szolgálhatták az állam és hatóságai felülről lefelé irányuló kommunikációját is. A gyakorlatban azonban, különösen az 1960-as évek végétől, ezeket is át lehetett hangolni a szórakoztató vagy kritikai kategóriák szellemében. Egy gyöngyszem, ami a megtévesztően joviális stílus ellenére is jól mutatja, hogy azért a „felpuhult” diktatúra is diktatúra: Brenner György karikatúráján („Rendelőben”, 1985. 9. szám, február 27. 16. o.) a nővér kiszól a zsebkendőjükbe köhögő-tüsszögő várakozóknak: „Nincsen influenzajárvány, emberek, menjenek nyugodtan haza!”⁴⁸

Végül a társadalomkritikai kategória önmagában egy külön kategóriacsoportot alkot.

Ábrázolva a kategóriacsoportokat (2. ábra), azonnal látható a legfontosabb tendencia: az 1949-ben és 1953-ban domináló propaganda/figyelmeztető karikatúrátípus 1957 után látványosan visszaszorult. 1957 után minden vizsgált évben a szórakoztató, tágabb értelemben vett terápiás és kritikai karikatúrák alkotják a mintába került karikatúrák túlnyomó többségét. (Feltehetően ez volt a helyzet a mintán kívüli rajzok esetében is, de ez további vizsgálatokat és ezekre alapozott további publikációkat igényel.)

2. ábra. Karikatúrák száma a kategóriacsoportok alapján, 1949–1985



48 <https://drive.google.com/file/d/19mJaqv2Yr8hEP24eReWEjpfCtyXWig4l/view?usp=sharing>

ÖSSZEGZÉS

Jelleghénél fogva még egy jól működő egészségügyi rendszer is tömegesen „termeli” a frusztrációt, a kiszolgáltatottság érzését, a traumákat. Az államszocializmus korában mindezt tetőzte a rossz hatásokkal működő, a kvalitatív mutatókat rendszerszinten hanyagoló hiánygazdaság is. Ráadásul az ilyen negatív élmények, szorongások vagy traumák terápiás, kritikai vagy javító célzatú kibeszélésének lehetőségei, mind a mikroszinten, mind a makroszinten erősen korlátozottak voltak. Az ilyen, ritka kommunikációs csatornák egyike volt az államszocializmus korabeli *Ludas Matyi*. Pontosabban: a *Kádár-kori Ludas*, mert a Rákosi-rezsim, mint láthatuk, a propaganda és az indoktrináció eszközének próbálta használni ezt a lapot is.

A rendszer ráadásul az egészségügy terén jobban elviselte a – gyakran társadalomkritikát implikáló – kibeszélést, mint más területeken. A szinte már triviális politikai szférán kívül jó ellenpélda: Kemény István 1970-ben egy – mai szemmel nézve szinte szikár, nyílt normativitás nélküli előadást – tartott az MTA ünnepi ülésén. Mégis, a hatalom provokációnak tekintette, hogy a szociológus különösebb óvatosság nélkül szegénységről beszélt, és ezért retorziókat alkalmazott (Kemény 1995).

Losonczi Ágnes és munkatársai az 1977-ben indított egészségügyi kutatásuk kezdetén tipikusan az együttműködés megtagadásával találkoztak a különböző intézményes szereplők részéről (1989:16). A pártállam hatóságainak gyanakvása bizonyos szempontból indokolt volt: a végeredmény szerint a kutatás Zala megyei mintájába bekerült egyének mintegy ötödét találták „teljesen egészségesnek”; az országos átlag feltehetően a népesség egyharmada körül járt (Losonczi 1989:55). Az ilyen és hasonló mutatókat azonban a társadalom nagyságrenddel kisebb szegmensében tudták diszkusszió tárgyává tenni, mint amekkora a *Ludas Matyi* olvasótábora volt.

A *Ludas* perspektívája egyszerre volt szabadabb, ugyanakkor, természetesen, korlátozottabb is, mint a kutatóké. A karikatúrák prezentációjában a feszültségeket, a problémákat tipikusan egyéni hiányosságok, *ugyanakkor* – a vizsgált korszak második felében egyre inkább – rendszerszintű defektusok eredményezték. Az egészségügyi személyzet, a páciensek és hozzátartozóik egyaránt egy diszfunkcionálisan működő rendszer áldozataiként, egyszersmind működtetőiként jelennek meg.

A tanulmány készítése során felmerült további kutatási irány: a genderszerepek, a családi viszonyok, a párkapcsolatok és a szexualitás megjelenése az államszocializmus korabeli *Ludas Matyi* karikatúráiban.

HIVATKOZÁSOK

- Andorka R. (1983) A társadalomstatisztika kezdetei Keleti Károly munkásságában. *Statistikai Szemle*, 61(10), 1059–1069.
- Ariès, Ph. (2010) A halál iránti attitűdjeink: a fejlődés főbb állomásai és értelmezése. In Pilling J. (szerk.) *A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája: szöveggyűjtemény*. Budapest: Semmelweis, 25–36.
- Babbie, E. (1995) *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi.
- Beck, U. (2003) *A kockázat-társadalom: Út egy másik modernitásba*. Budapest: Andorka Társaság – Századvég.
- Bergson, H. (1992) *A nevetés*. Bukarest: Kriterion.
- Bódi L. (2018) Humor és vészorkorszak: viccek, karikatúrák a koalíciós időszakban, 1945–1948. *Századvég*, 1(87), 109–125.
- Buzinkay G. (1983) *Borsszem Jankó és társai. Élclapok és karikatúrák a XIX. század második felében*. Budapest: Corvina.
- Cundall, M. K. – Kelly, S. (szerk.) (2021) *Cases on applied and therapeutic humor*. Hershey, PA: Medical Information Science Reference/IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-4528-7>
- Dobszay T. – Fónagy Z. (2003) III. A rendi társadalom utolsó évtizedei. In Gergely A. (szerk.) *Magyarország története a 19. században*. Budapest: Osiris, 57–124.
- Dupcsik Cs. (2015) A születési mutató hosszútávú tendenciáinak tanulságai. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a születés körül*. Budapest: L'Harmattan, 111–128.
- Dupcsik Cs. (2020) „Meghalókat a Zoéval szoktunk játszani!” Tudás és hatalom az orvos–beteg interakciókban. *Sic Itur ad Astra*. 72. 153–180. Elérhető: https://www.researchgate.net/publication/347986470_Meghalosat_a_Zoeval_szoktunk_jatszani [Letöltve: 2020-12-29].
- Dupcsik Cs. (2022) *A magyar szociológiai gondolkodás története 1990-ig*. Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan. <https://doi.org/10.56037/978-963-414-887-6>
- Dupcsik Cs. (2023) A cigányzenész karaktere az élclapokban: A kiegyezéstől a szocializmus koráig. In Hajnóczky T. (szerk.) *A cigányzene és a zenész cigány alakváltozásai. Történelmi, társadalmi és kulturális metszetek a 19–20. századból*. Budapest: Gondolat, 225–260.
- Freud, S. (2003) A vicc viszonya az álomhoz és a tudattalanhoz. In *Válogatás az életműből*. Budapest: Európa, 232–254.
- Gábor R. I. – Galasi P. (1981) *A „második” gazdaság. Tények és hipotézisek*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Galasi P. – Kertesi G. (1990) A hálapénz ökonómiája. *Közgazdasági Szemle*, 38(3), 260–288.
- Gyarmati Gy. (2011) *A Rákosi-korszak. Rendszerváltó fordulatok évtizede Magyarországon, 1945–1956*. Budapest: ÁBTL – Rubicon.
- Hanák P. (1985) A másokról alkotott kép: Polgárosodás és etnikai előítéletek a magyar társadalomban (a 19. század második felében). *Századok*, 119(5–6), 1079–1104.
- Horváth D. – Mitev A. (2015) *Alternatív kvalitatív kutatási kézikönyv*. Budapest: Alinea.
- Kalmár M. (2014) *Történelmi galaxisok vonzásában: Magyarország és a szovjetrendszer, 1945–1990*. Budapest: Osiris.
- Kemény I. (1995) Interjú Kemény Istvánnal. In Csizmadia E. (szerk.) *A magyar demokratikus ellenzék (1968–1988). Interjúk*. Budapest: T-Twins. 27–37.
- Kiss L. (2005) Az ispotálytól a modern kórházig: Kórházak Magyarországon a 19. század végétől a második világháborúig. *Századvég*, 10(3), 49–121.
- Kiss L. (2023) A humor mint a közpolitika tükré: a Ludas Matyi propagandatevékenysége 1945–1990 között. *Korall*, 24(93), 121–144. <https://doi.org/10.52656/KORALL.2023.03.006>
- Kornai J. (1980) *A hiány*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Kornai J. (2012) *A szocialista rendszer. Kornai János Válogatott Munkái II.* Pozsony: Kalligram.
- KSH (1996) *Magyarország népessége és gazdasága. Múlt és jelen*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Kuipers, G. (2015) *Good Humor, Bad Taste: A Sociology of the Joke*. Berlin: de Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9781501510441>
- Light, D. W. (2000) 14. The Medical Profession and Organizational Change: From Professional Dominance to Countervailing Powers. In: Bird, C. E. – Conrad, P. – Fremont, A. M. (szerk.) *Handbook of Medical Sociology*. 5th edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 201–216.
- Losonczy Á. (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.

- Losonczi Á. (1989) *Ártó-védő társadalom: Ahogy a társadalom betegít és gyógyít...* Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Majláth Mikes L. (2024) Ők voltak a ludasok. *Újpesti Napló*, XVIII. 8. (szepember 19.) 3.
- Manchin R. – Szelényi I. (1990) [1985] A családi mezőgazdasági termelés a kollektivizált gazdaságokban: három elmélet. In Szelényi I. Új osztály, állam politika. Budapest: Európa, 375–398.
- Merton, R. K. (2002) XVIII. fejezet. A tudomány és a demokratikus társadalmi struktúra. In *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Budapest: Osiris, 634–644.
- Nagy L. (1978) [1934] *Kiskunhalom*. Budapest: Móra.
- Rainer M. J. (2012) *Bevezetés a kádárizmusba*. Budapest: 1956-os Intézet – L'Harmattan.
- Romsics I. (1999) *Magyarország története a XX. században*. Budapest: Osiris.
- Sáfár Gy. (1997) In memoriam Gyöngyi: Rákbetegség és orvoslás. Az interjút készítette és szerkesztette: Hoyer M. *Replika*, 26, 7–13.
- Szalai J. (1986) *Az egészségügy betegségei*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Szalai J. (1989) Az egészségügyi ellátás feszültségeinek néhány szociológiai kérdése. In Molnár L. (szerk.) *Orvosi szociológia*. Budapest: Medicina, 172–181.
- Szelényi I. (1992) [1988] *Harmadik út? Polgárosodás a vidéki Magyarországon* Budapest: Akadémiai.
- Tamás Á. (2020) „*Talpra magyar, hí az urna!*” Választások és választási kampányeszközök élclapokban (1867–1875). Szeged: Bálint Sándor Szellemi Örökségéért Alapítvány.
- Tamás Á. – Vajda L. (szerk.) (2018) *A magyar politikai karikatúra története*. Budapest: Országház.
- Tateo, L. (2018) The Cultures of Grief: The Practice of Post-Mortem Photography and Iconic Internalized Voices. *Human Affairs*, 28, 471–482. <https://doi.org/10.1515/humaff-2018-0038>
- Tóth J. (2021) *Kulákbanat: Kulákellenes propaganda a Ludas Matyiban*. Székesfehérvár: Világok.
- Veroszta Zs. – Boros J. – Kapitány B. – Kopcsó K. – Leitheiser F. – Sándor N. G. – Szabó L. – Spéder Zs. (2022) *Csecsemőkori Magyarországon. Jelentés a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat 2. hullámáról. Kutatási Jelentések 106*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. <https://doi.org/10.21543/Kut.2022.106>
- Závada P. (2006) *Kulákprés. Család- és falutörténeti szociográfia, Tótkomlós, 1945–1956*. 3. átdolg. kiad. Budapest: Magvető.

ABSZTRAKT

A nemzetközi és hazai hospice-mozgalom – elsősorban Elisabeth Kübler-Ross munkásságának népszerű pszichológiai értelmezéseire támaszkodva – a haldoklást olyan folyamatként képzei el, amelynek optimális esetben a közelgő halál „kimondásához”, „elfogadásához” és „belenyugváshoz” kellene vezetnie. Kortárs szerzők mindezzel összefüggésben megállapították ugyanakkor, hogy a hospice-mozgalomnak – mint minden társadalmi mozgalomnak – a szolidaritás, vagyis a társadalom haldoklókkal szembeni felelősségének és empátiájának mobilizálásához valamiféle „ellenségképre” van szüksége: a haláltabu, a tagadás és elfojtás vélekedéseik szerint ezt a cél szolgálva válhattak leküzdendő akadállyá, illetve meghaladni kívánt „szakasszá”.

2021 nyarán három hónapig folytattam önkéntes pszichológusként és etnográfusként résztvevő megfigyelést egy nyugat-magyarországi kórház hospice-részlegén. Miután az osztályt a járványhelyzet következtében lezárták, illetve később végleg bezárták, 2023 áprilisától 2024 júniusáig heti egy alkalommal végeztem terepmunkát egy kelet-magyarországi hospice-részlegen. 2024 szeptemberétől egy gyermekhospice-házban foglalkozom pszichológusként intenzív ápolást igénylő gyermekek családjával, illetve a gyermeküket elvezített, gyászoló szülőkkel. A haldoklókkal dolgozó terepkutatókhoz hasonlóan arra kerestem a választ, hogy hogyan formálódik a hazai kórházi ellátást igénybe vevő súlyos betegek esetében a haldoklás tapasztalata, illetve milyen kultúrspecifikus hiedelmeket, értelmezéseket és gyakorlatokat ragadhatunk meg a résztvevő megfigyelés során.

Tanulmányomban elsősorban a „haláhtagadás” jelenségét igyekszem górcső alá venni. Bemutatom, miért nehéz az egészségügyi személyzetnek a rendszer bármelyik pontján „kimondani, hogy nincs mit tenni”. A betegekkel való beszélgetések kapcsán megpróbálom alaposabban megvizsgálni, milyen jelentéseket hozhat a halál témája explicit érintésének kerülése (amelyet felszínesen „tagadásként” interpretálhatunk). Tereptapasztalataim alapján úgy tűnik, a gyakran hónapokat felölelő haldoklás kevésbé követi a szakaszelméletek által implikált, jól körülhatárolható egységek egymásutánjaként elképzelt folyamatot. A halál közelségének belátása ritkán vezet „belenyugváshoz”, illetve sokkal inkább fluktuál, mintsem hogy elért eredményként, megszerzett, immár megváltoztathatatlan, biztos tudásként volna magyarázható. A saját halál „elfogadását” nehezíti annak felismerése is, hogy az egyéni létezés lezárása egyúttal a hozzátartozók, illetve bizonyos, az identitáskonstrukció szempontjából kiemelten fontos szerepek végleges elvesztését jelenti. A hozzátartozókkal való kommunikáció elemzése alapján látható továbbá, hogy a veszteség anticipációja, a halál lehetőségének kimondása sokak számára a remény visszavételével, a „haldoklóidentitás” megteremtésével, így lényegében a beteg élete és halála kontrollálásának felelősségével válik egyenértékűvé.

Kulcsszavak: haldoklás, haláhtagadás, hospice-ellátás, önkéntesség, terepmunka

¹ ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociálpszichológia Tanszék

“I TOOK IT CASUALLY BACK THEN”

The Concept of Death among Patients in Hungarian Hospice Wards

ABSTRACT

The international and Hungarian hospice movement—primarily drawing on the popular psychological interpretation of Elisabeth Kübler-Ross’s work—conceptualizes dying as a process that, ideally, should lead to “expression,” “acceptance,” and “resignation.” In this context, contemporary authors have pointed out that the hospice movement—like any social movement—requires some form of “enemy image” in order to mobilize solidarity, that is, to awaken society’s sense of responsibility and empathy toward the dying. The notions of death taboo, denial, and repression, they argue, have served this purpose by becoming obstacles to be overcome, or stages to be transcended.

In the summer of 2021, I conducted participant observation for three months as a volunteer psychologist and ethnographer in the hospice ward of a hospital in Western Hungary. After the ward was closed due to the pandemic and subsequently shut down permanently, I continued fieldwork on a weekly basis between April 2023 and June 2024 in another hospice ward located in Eastern Hungary. Since September 2024, I have been working in a children’s hospice as a psychologist with families of children requiring intensive care, as well as with grieving parents who have lost a child. Like other ethnographers who have worked with the dying, I sought to understand how the experience of dying takes shape among seriously ill patients receiving hospital-based care in Hungary, and what culturally specific beliefs, interpretations, and practices can be identified through participant observation.

This paper primarily focuses on the phenomenon of “death denial.” I examine why, at nearly any point in the system, it is difficult for healthcare professionals to articulate that “nothing more can be done.” Drawing on conversations with patients, I explore the possible meanings of avoiding explicit references to death—an avoidance that is often superficially interpreted as mere denial. Based on my field experience, the prolonged process of dying—often lasting several months—rarely follows the clearly delineated stages suggested by stage theories. The recognition of the nearness of death seldom leads to genuine acceptance; rather, it tends to fluctuate, and is less a stable achievement than a temporary and often revisable state of understanding. Acceptance of one’s own death is further complicated by the realization that the end of individual existence simultaneously entails the irreversible loss of loved ones and of certain identity-defining roles. Furthermore, analysis of communication with relatives reveals that the anticipation of loss and the verbal acknowledgment of the possibility of death are, for many, equivalent to withdrawing hope, assigning the patient a “dying identity,” and ultimately assuming responsibility for managing and defining both the life and death of the patient.

Keywords: dying, death denial, hospice care, volunteering, fieldwork

„AKKOR MÉG LEZSEREN VETTEM”

HOSPICE-RÉSZLEGEKEN ELHELYEZETT SZEMÉLYEK HALÁLKÉPE

„Még ha az illető tudja és el is fogadja, hogy egyszer meg kell halnia, az elmúlás egy váratlan, erőszakos esemény.”

(Simone de Beauvoir: Szelíd halál)

„Én meg épp azt nem bánám, ha a gyerekem nem lenne ennyire okos” – jegyezte meg Anikó,² egy, az életet veszélyeztető progresszív betegségben szenvedő kislány édesanyja a gyermekhospice-intézmény szülőcsoportjában. Éppen arról beszélgettünk, mennyire megterhelőek a súlyos értelmi és egyéb fogyatékkal élő gyermeket nevelő családok mindennapjai, amikor Anikó el is magyarázta az álláspontját: *„Nagyon nehéz látni, hogy Dani pontosan érti, mi vár rá. Valamennyire elindult már a mentális hanyatlás, de azt felfogja, hogy romlanak a képességei, és ez is rettenetesen megrémíti.”*

Annak ellenére, hogy a haldoklással foglalkozó népszerű irodalom – elsősorban a pszichológiai nézőpontúak, lásd később – a halál közeledtének „tudatosítását”, „megnevezését” és „elfogadását” a lelki egészség és az erkölcsi alapállás szempontjából kívánatosnak, az „érettség” indikátorának tartják, a palliatív ellátásban (vagyis a gyógyíthatatlan betegek életminőségét javító, tüneti és pszichoszociális támogatást nyújtó gondozásban) dolgozók hétköznapi heroizmus helyett gyakrabban találkoznak „hárítással”, a halálról való beszélgetés lehetetlenségével (Biró 2015, Bérczes–Biró 2020). Nem kizárólag kisgyermekes életvégi kezelése során szembesülhetünk a „nem tudás” bátorításával, az információk visszatartásával és az úgynevezett „haláltagadással”. Simone de Beauvoir (1964:127) például az édesanyja elvesztésével kapcsolatban gondolkodott el az „igazság” kimondásának következményein: *„Vajon mi történt volna, ha mama orvosai már a rák első jeleit észreveszik? Kétségkívül sugárkezeléssel próbálkoztak volna, és mama két-három évvel tovább él. De ez esetben megtudta vagy legalábbis megsejtette volna betegsége természetét, és élete utolsó éveit végigrettegi.”*

Mona Wasow (1984), a haldoklással kapcsolatos „idealizáló” modellek egyik kritikus mutatója rá az életvégi folyamatok különféle reprezentációiban megragadható lényeges különbségekre. Míg a biomedikális és pszichológiai megközelítések képviselői a haldoklást alapvetően békés, a belenyugvást és az elfogadást lehetővé tevő folyamatként írják le, addig a személyes beszámolók – pl. C. S. Lewis, Simone de Beauvoir és Lynn Caine írásai, illetve Wasow saját férjének haldoklásával kapcsolatos élményei – nyers fájdalmat, haragot, kétségbeesést, az intimitás megtapasztalása helyett pedig a szeretett személytől való eltávolodást és idegenségélményt tükröznek. A „jó halál” ideája, illetve az az amerikai kultúrára jellemző elvárás, hogy minden helyzetből „tanuljunk valamit” és „megerősödvé lépünk ki”, sokszor inkább a kudarcélményt és a bűntudat érzését erősíti a haldoklóknál és a gyászolóknál egyaránt.

² Az anonimitás biztosítása érdekében a tanulmányban a megszólalók valódi nevét megváltoztattam.

2021 óta dolgozom önkéntes pszichológusként, illetve résztvevő megfigyelést végző kulturális antropológusként különböző kórházak felnőtt- és gyermekpalliatív-részlegein. Az alábbiakban – a vonatkozó szakirodalom rövid áttekintését és a módszertani keretek ismertetését követően – a különböző hospice-részlegeken végzett terepmunkáim és az általam készített interjúk alapján arra keresem a választ, hogy milyen attitűdök, érzelmek, reakciók és megküzdési stratégiák jelenhetnek meg a haldoklás folyamán. Elsősorban azokat az eseteket vizsgálom, amelyekben a halálról való nyílt kommunikáció lehetőségei – az egészségügyi intézmények hierarchikus működése, a családi kímélet és lojalitás, a haldoklással kapcsolatos kulturális tabuk és morális elvárások, vagy a beteg állapota miatt – korlátozottak. Kutatásom fókuszában elsősorban a „tagadás”, az „elhallgatás” és a „hárítás” fogalmai állnak: hogyan ragadhatók meg az említett jelenségek a betegek és hozzátartozóik interakcióiban, illetve milyen kulturális, intézményi és morális elvárások formálják e kommunikációs mintázatok értelmezését? A szakirodalomban gyakran körvonalazódó dichotómia – „haláhtagadás” vs. az egyre inkább normatívvá váló „elfogadás” – a valóságban ritkán tapasztalható ennyire éles kontúrokkal és kizárólagos jelleggel. *„A halál gondolatának elutasítása, a veszély minimalizálása, a »nincs semmi baj« illúziója gyakran terheli meg végzetesen az elmenőt – írta Losonczi Ágnes (2009:301) –, miközben nem óvja meg az igazságtól a közeli hozzátartozókat, barátokat sem, akik a halál előtt gyakran menekülnének hazugságba, távolságba vagy közömbösségbe, a félelem elfojtásába, netán hamis optimizmusba, hogy elhallgattassák aggodalmaikat.”* Noha Losonczi értelmezése számos élethelyzetben érvényes megállapítás lehet, jelen tanulmány arra vállalkozik, hogy megmutassa: a „hárítás” és a „belenyugvás” végpontjai között számos, gyakran ambivalens emberi válasz ragadható meg, amelyek – az „elvárt” vagy a „kívánatos” hozzáállás kijelölése nélkül is – megérthetők és rendszerezhetők.

A „HASZNOS TABU”:

A HALÁLTAGADÁS SZOCIOLÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSEI A NEMZETKÖZI SZAKIRODALOMBAN

„Kissé furcsának tűnik – jegyezte meg a szociológus Lyn Lofland (1978:92) –, hogy a »halál tabu Amerikában« kijelentés továbbra is lépten-nyomon elhangzik, miközben már közel egy évtizede megállás nélkül beszélünk a témáról.” A „haláhtagadó társadalom” toposzának népszerűsége érdekes módon a hetvenes évek óta sem csökkent, annak ellenére, hogy Tony Walter (1991:92) ironikusan megállapította: „Különös egy tabu az, amit az ország minden szakértője hirdet, miközben gyakorlatilag nincs olyan vasárnap, hogy legalább egy újság ne foglalkozna a halállal, a gyásszal, a hospice-okkal vagy a temetéssel.”

A továbbiakban vázlatosan összefoglalom a „haláhtagadás” elméleti konstrukciójának szociológiai – kollektív, kulturális és intézményi szinten megjelenő –, illetve pszichológiai értelmezéseit, különös tekintettel azok történelmi változásaira, belső ellentmondásaira és kritikáira. Mindemellett választ keresek arra a kérdésre is, hogy a haláldiskurzusok „burjánzása” ellenére miért tartja magát makacsul a nyugati világ „legvégső tabujának” tézise (Gorer 1955).

A „nyugati haláhtagadással” foglalkozó klasszikus *társadalomtörténeti* munkák egyike Philippe Ariès magyarul is megjelent elemzése (1987), amelyben a szerző a lovagkorra és a premodern társadalmakra jellemzőnek tartott „meghitt”, „megszelídített” halált, illetve a haldoklást mint közösségi és nyilvános eseményt állította szembe napjaink „medikalizálódott” halálképével. Ariès a 20. századról szóló fejezetben a halál „csúfsága” elkendőzésének szándékával, a „boldog élet” követelményével, a haldokló „megkímélésével” és a rítusok elkopásával magyarázza a halál és a gyász látható jeleinek eltüntetését, illetve a „tabusítást”, az igazság „kérdésessé válását”. Az elsősorban a reprezentációra fókuszáló Geoffrey Gorer (1955) a „halál pornográfiája”

kifejezéssel írja le a folyamatot, amelynek során a halál témája egyfelől marginalizálódik a nyilvános diskurzusokban, másfelől azonban dramatizált, eltorzított és extrém formákban – például az akciófilmek, háborús híradások horrorisztikus jeleneteiben – tűnik fel a médiában.

Zimmermann és Rodin (2004) – részben Kellehear (1984) elemzésére építve – azokat a későbbi tanulmányokat foglalták össze, amelyek megkérdőjelezték, vagy legalábbis új megvilágításba helyezték Arièsnek és Gorernek az 1990-es évekig hegemonikusnak tekinthető felfogását (Robert–Tradii 2017) az alábbi területeken:

1. a haláldiskurzus tabusítása,
2. a halál medikalizációja,
3. a haldoklók szeparációja.

A halálról való beszédlehetőségekkel összefüggésben számos szerző megjegyezte – lásd még a fejezet elején idézett Loflandet és Waltert –, hogy „elhallgatás” helyett célszerűbb lenne a halálról való beszéd új módjait – például, hogy mit lehet, és mit nem lehet kimondani a hétköznapi beszédben, a tudományos diskurzusokban vagy éppen a médiában (Armstrong 1987) – elemezni. Kellehear (1984) szerint, ami a huszadik század végén tabusításnak tűnik, az sokkal inkább a zavartalan kapcsolatokra, a társas illem betartására irányuló törekvéseinkkel állhat kapcsolatban. Mivel a halál érzelmileg felzaklató, megrázó téma, elsősorban a megfelelő interperszonális gyakorlatok kivitelezése – az erősen személyes témák és intenzív érzelmek hárítása –, azaz az udvariasság érdekében igyekszünk kerülni (nem pedig egy általános haláhtagadás-elv következményeként). Hasonló következtetésre jutottak tanulmányukban Brighton és munkatársai (2019) is: palliatív osztályokon dolgozó interjúalanyaik a „mindig erősnek kell lenni” parancsával szembehelyezkedve jóval árnyaltabb attitűdöket fogalmaztak meg, kiemelve, hogy a kommunikációs stratégiák helyzetfüggő sokfélesége – a „kizárólagos” elvárásokkal ellentétben – elengedhetetlen a mindennapi gyakorlatban.

A haldoklás medikalizációjával kapcsolatban többnyire a hospice-mozgalom filozófiáját, valamint az alapító, Cicely Saunders (1969:52) modern orvostudományt illető bírálatát szokás idézni: *„Különbség van az élet meghosszabbítása és között, amit valójában csak meghosszabbított haldoklásnak lehet nevezni.”* A medikalizációt a társadalomtudományokban alapvetően azért kapcsolják a haláhtagadáshoz, mivel feltételezik, hogy a csúcstechnológiát működtető orvoslás által keltett remények elfogadhatatlanná teszik az élet befejezését, a kórházi környezet pedig a haldoklók elszigeteltségéhez és magányosságához járul hozzá (Bregman 1999).

A medikalizációnak és a technológia „inadekvát” használatának mint a halállal való szembenézésre való képtelenségnek – az élet „felesleges” meghosszabbításának – egyik korai, éles kritikáját Ivan Illich (1976) fogalmazta meg. Munkáiban arra mutatott rá, hogy a haldoklás „demedikalizációjára” irányuló törekvések bizonyos olvasatban a növekvő egészségügyi költségek visszafogására tett kísérleteknek is tekinthetők (azaz a haldokló ellátására fordított kiadások meggondolatlan korlátozásának). A medikalizációval összefüggésben Lofland (1978) is felhívta a figyelmet arra, hogy a 20. századi változások értelmezéséhez nem feltétlenül van szükség a „tabu” és a „tagadás” fogalmaira. Ellenkezőleg: a haldoklásról való nyilvános diskurzus épp amiatt kezdődhetett el, mert az orvostudomány és a technológia fejlődése lehetővé tette az élet meghosszabbítását – ily módon pedig egy új társas-társadalmi kategória megjelenését: a „haldoklókét” (mindezek miatt a 20. és 21. század betegeire jellemző, időben hosszan elnyúló haldoklás nehezen vethető össze az Ariès által elemzett és idealizált lovagkori haldoklásscénákkal).

A haldoklóknak az „egészségesektől” való *elválasztása* és állítólagos *elrejtése* a harmadik terület, ahol a „haláltabu” rendszerint tetten érhető. Blauner (1966) ezzel ellentétes álláspontja szerint a haldoklók sze-

parációja inkább a modernitásra általában jellemző strukturális feltételek és a bürokratizálódás természetes következménye, amely az események kiszámíthatóvá, hatékonyá és rutinszerűvé tételére törekszik (az elhúzó haldoklási folyamat szükségessé is teszi a tervezést és a szabályozást). Az elkülönítést elemezve Norbert Elias (2000, 2004) is elismerte a haldoklók „elszigeteltségét”, ám – Ariésszel ellentétben – ő nem a halál szelektív tagadásával és elfojtásával érvelt. A német szociológus szerint a civilizáció folyamata eredményezte a haldoklók fokozódó fizikai és érzelmi izolációját (azaz, mivel a későmodernitásban a korábbinál jóval gyakrabban éltek egyedül az emberek, gyakrabban is haltak meg magányosan). Tony Walter (1991) korábban idézett munkája ugyancsak arra hívja fel a figyelmet, hogy a halál és a haldokló alakja nem tűnt el a nyilvánosságból (lásd a hospice-mozgalmat, a tanatológia tudományos intézményesülését stb.), azaz nem a haláhtagadást, hanem az újfajta halálreprezentációkat lenne érdemes vizsgálnunk.

Napjaink haláhtagadás-diskurzusait Camilla Zimmermann (2007) elemezte az egészségügyi, pontosabban a palliatív ellátás kontextusában. Összefoglaló tanulmánya szerint a hospice-mozgalom sok esetben a nyílt kommunikáció akadályaként jeleníti meg a „haláltabut”. A hallgatás itt nem egyszerűen az optimális ellátás biztosítását nehezíti meg, hanem sok esetben pszichológiai deficitként, „hazugságként”, erkölcsileg megkérdőjelezhető magatartásként jelenik meg a hivatkozott szerzők munkáiban. A hospice diskurzusának központi elvárása, hogy a beteg és családja aktívan, nyíltan vegyenek részt a haldoklás és a halál „megtervezésében”. Mindezzel összefüggésben a tagadás és a verbalizálás hiánya ellehetetlenítheti az otthoni halál választását – a beteget az előrelátás hiánya miatt egy idő után kénytelenek lesznek „személytelen kórházi környezetben” ápolni –, az előzetes gondozási tervek kialakítását, hátráltatja a tünetek enyhítését, a fájdalomcsillapítást, valamint akadályozza a szükségtelen kezelések időben történő leállítását is.

A haláhtagadás *pszichológiai megközelítései* kapcsán gyakran idézik Freudot, aki az *Időszerű gondolatok háborúról és halálról* (1995) című munkájában fogalmazta meg először, hogy a tudattalan nem ismeri a halál véglegességét: nem képes felfogni a saját megszűnésének lehetőségét. A halálfélelem véleménye szerint így nem lehet elsődleges érzelem (később azonban megjelenhet például az anyával való negatív tapasztalatok vagy az „életösztönök” szülők általi elnyomásának következményeként). Ernest Becker (2004) a pszichoa-nalitikusokkal ellentétben a halálszorongás univerzalitása és prioritása mellett érvelt. Az egyénre irányuló fókusz tágítva úgy vélte, hogy a modern társadalmak egyik fő feladata, hogy olyan szimbolikus rendszereket – vallás, nemzeti identitás stb. – kínáljanak, amelyek enyhítik a halálfélelemhez kapcsolódó egzisztenciális szorongást. Becker teóriájára épül a rettegéskezelés elmélete (*terror management theory*: Solomon–Greenberg–Pyszczynski 1991), amelynek kidolgozói ugyancsak azt vallották, hogy az emberi viselkedés alapját a haláltudatból fakadó szorongás enyhítésére szolgáló világképek és önértékelési rendszerek fenntartása képezi. Láthatjuk, hogy Becker és követői a „haláhtagadás” bizonyos formáit *adaptív* válaszokként ismerték fel (Kastenbaum–Moreman 2018).

A hospice-mozgalom számára Freudnál és az egzisztencialistáknál jóval ismertebb és szélesebb körben alkalmazottá vált Elisabeth Kübler-Ross (1988) ötfázisú modellje, amelyben a tagadás a halálközeli helyzetre adott „egészséges” reakcióként – voltaképp a haldoklás első szakaszaként – jelenik meg. A szembenézés elodázása afféle „pufferzónát” biztosíthat, amely *ideiglenes* védelmet nyújt az érzelmi túlterhelődés ellen. A modellt az elmúlt években számos kritika érte (Gross 2018), elsősorban „normatív”, „előíró” jellege miatt (az egymást követő szakaszok ugyanis – különösen a Kübler-Ross munkásságát sok esetben leegyszerűsítő népszerű pszichológiai irodalomban – azt implikálják, hogy a haldoklástapasztalatnak létezik egy egyete-

mes, megfelelő sorrendet követő, „helyes” útja.)³ Mindezzel összefüggésben összefoglaló tanulmányában Zimmermann (2004) rámutatott arra, hogy Kübler-Ross és követői szerint a tagadás *kezdetben* az adaptációt szolgálja, így funkcionális megküzdési stratégiának tekinthető (több szerző is javasolta a terapeutáknak például, hogy a tagadást érdemes „tisztelőben tartani”, és akkor szembesíteni a beteget a gyógyíthatatlanságával, amikor az már „képes elfogadni” a vonatkozó információkat).

Az egyéni folyamatokra és megküzdésre fókuszáló pszichológusok és orvosok leginkább akkor tekintik „kórosnak”, „maladaptívnek” a tagadást, amikor az az általuk „kezdetinek” és „elfogadhatónak” tartott időkereten túl is fennáll (amikor át kellene adnia már a helyét a következő szakaszoknak). A „haláhtagadó” betegeket rendszerint „primitív” védekezési mechanizmusnak alkalmazóknak nevezik, és „gyenge énnel” rendelkezőként, a valóság elfogadására képtelenekként bélyegzik meg őket. A haldoklást és a halált a szimbolikus interakcionizmus keretében vizsgáló Charmaz (1980) a tagadás „társas konstrukcióként” való interpretációja során kiemelte, hogy amíg az orvosok a halál mint leküzdendő akadály metaforát használják a beteg kezelésekor, addig bátorítják annak optimizmusát és aktivitását. Miután azonban már „haldoklóként” tekintenek a páciensre, a korábbi reakcióit hajlamosak „tagadásnak” bélyegezni.

A pozitív pszichológia, illetve a gondolatok „teremtő, kontrolláló erejének” népszerű elképzelései ugyancsak hatást gyakorolnak a haláhtagadás – leginkább laikus – megítélésére (Bérczes–Biró 2020). Ha az életvégi kérdésekkel való foglalkozás és a „pesszimizmus” ronthatnak a betegségen, akkor a „negatív gondolatokat” megfogalmazók lényegében maguk válnak felelőssé a saját halálukért (ami ily módon „személyes kudarcként” címkéződik, lásd: Menzfeld 2018). Mindennek következtében a tagadás nemcsak pszichés, hanem morális kérdéssé is válik, amelyben a beteg nyílt kommunikációja vagy „elhallgatása” az adekvát, illetve a maladaptív megküzdés mércéje szerint értékelődik.

Az „intrap pszichés” háritás mellett Zimmermann összefoglalója (2004) néhány olyan szerzőt is megemlít, akik szerint a tagadás nem feltétlenül problematikus, sőt: egyes betegeknek éppen a lelki egyensúlyt, a méltóságot és az ágenciát biztosíthatja az élet végén. Connor (1986:53) szerint a tagadás sok esetben elsősorban az *interperszonális* térben ragadható meg. Célja a családtagok és a velük való érzelmi kötelékek megóvása: „A tagadás második típusa a jelentős kapcsolatok fenntartásának szolgálatában áll. A beteg nem beszél a betegségéről vagy lehetséges haláláról azokkal, akik közel állnak hozzá.” Omilion-Hodges és Swords (2017) hasonlóképpen hangsúlyozták – Petronio *Communication Privacy Management* modelljére támaszkodva –, hogy a családok a haldoklás idején különféle „információs határokat” alakítanak ki és tartanak fenn a nagymértékben átjárható, sokszereplős és nyílt megosztástól egészen az enyhén, illetve a csak igen szűk körben hozzáférhető, erősen védett információáramlásig. E variációk nem a valóság tagadását, hanem többnyire a kapcsolati lojalitást, a kíméletet és a családnak az érzelmi egyensúly megóvására tett törekvéseit tükrözik. A szakirodalomban több hospice-szerző is hangsúlyozta tehát, hogy a halálról való hallgatás nem feltétlenül kerülendő, „patologikus” jelenség. A modern palliatív gondozás sem minden esetben tekinti normatív elvárásnak a nyílt kommunikációt; a beszéd elmaradása gyakran a kapcsolati lojalitás, a kölcsönös védelem vagy az érzelmi tehermentesítés része. Az empirikus eredményeket bemutató részekben láthatjuk majd, hogy a kíméletet célzó hallgatás – az „interperszonális tagadás” – milyen jelentős szerepet tölt be a magyarországi betegek eseteiben is.

3 A szakaszelméletek rigid felfogása annak ellenére vált népszerűvé, hogy maga Kübler-Ross (1988) több helyütt is utalt arra, hogy a szakaszok átfedhetik egymást, illetve hogy nem rögzített sorrendet követnek.

Lofland és Walter korábban idézett állításaira visszautalva úgy tűnik, hogy – annak ellenére, hogy a társadalomtudományok számos érvet sorakoztattak fel a haláltabutézis cáfolatára – a halál tagadásának narratívája makacsul tovább él a szakmai diskurzusokban és a közbeszédben. A tagadást támogató elméletek fennmaradásának egyik oka, hogy történetileg a modernitás népszerű kritikáihoz kapcsolódnak. A haláltabu gondolata egyfajta *veszteségnarratívába* illeszkedik, amely a rituálék, vallási keretek és közösségi jelentések eltűnését a kulturális dezorientáció és értékvesztés tüneteként értelmezi. A diskurzus gyakran technológia-kritikává alakul át: a halál dehumanizálását, elüzletiesítését és medikalizálását a modern egészségügyi rendszer és a kapitalizmus következményének tekintti. Az említett kritikai hagyomány kezdetben valóban kiválóan illeszkedett a haldoklók jogaiért és méltóságáért küzdő „haláltudatosság-mozgalom” morális programjába (Tradii–Robert 2017).

A magyarországi hospice-ellátás az észak-amerikainál és a nyugat-európainál évtizedekkel később kezdett csak kiépülni (noha Polcz Elaine az 1980-as évektől szorgalmazta, hogy a haldoklókkal való foglalkozás területén szemléletváltásra volna szükség, a Magyar Hospice Alapítvány 1991-ben alakult csak meg). Az életvégi ellátás ma több, egymást részben átfedő szinten működik (Hegedűs 2000, 2006). Intézményi értelemben a hospice az egészségügyi szolgáltatások egyik, szigorúan szabályozott formája, amely kórházi palliatív osztályokon, otthoni szakápolás keretében vagy civil fenntartású hospice-házakban valósulhat meg. Ugyanakkor a „hospice-mozgalom” fogalma tágabb: azokat a szakmai, etikai és civil kezdeményezéseket jelöli, amelyek a haldoklás méltóságának megőrzését, a szenvedés enyhítését és a nyílt kommunikáció lehetőségének megteremtését tekintik céljuknak (Csikós 2022). A terepmunkám helyszínéül szolgáló kórházi hospice-osztályok – a finanszírozási korlátok, a szakemberhiány és a bürokratikus működés miatt – csak részben képesek a szemléletet a maga teljességében fenntartani és megőrizni.

A „kimondás” és „megnevezés” kérdéséhez visszatérve: a magyar hospice-szemlélet korai alakítói a halál „tabusításában” nem pusztán pszichológiai és interperszonális/kommunikációs, hanem társadalmi problémát is láttak. Polcz Elaine (1989) az elmúlást illető hallgatást részben az emberi lélek „természetes védekezősekként” értelmezte,⁴ ugyanakkor a „kimondás”, a megnevezés szükségességét is hangsúlyozta. Számára a halálról való beszéd lehetősége egyfajta kapcsolati tett, amely lehetővé teszi a méltóságteljes búcsúozást is. Pilling János (1999), Hegedűs Katalin (2000, 2017) és Muszbek Katalin (2005) későbbi írásaikban mindezt az (orvosi) kommunikáció etikai dimenziójával is összekapcsolták: a beteg kizárása a döntésekből vagy a halálról való tájékoztatás halogatása Magyarországon – részben az orvosi „kudarcc” elhárításának eszközeként, a professzionális önvédelem részeként – számukra általános szervezeti gyakorlatként értelmeződött. A kétezres évektől a tudományos diskurzusban erőteljesebben jelent meg a társadalomtudományok nézőpontja is. Tóthné Zana Ágnes attitűdvizsgálatai (2009) például arra mutattak rá, hogy a halálról való hallgatás a magyar

4 Polcz Elaine bizonytalanságát a „kimondás”, az ösztönesség megkérdőjelezhetetlen erkölcsi kötelességével szembeállítva ritkábban szokás idézni, pedig már az 1989-ben megjelent munkájában hangot adott a kérdéseinek. Egy, a halálával szembenező kislány esetében például a következőket írta (1989:111): „Norbi egyedül marad halálfélelmével. És van a gyermeknek ereje eltitkolni azt, hogy a felnőttet, az anyát kímélje. Mekkora ereje volt ennek a gyermeknek, hogy hallgatni tudott, miközben titkos feljegyzéseket készített... Vajon ez a helyes út, a helyes magatartás a mi részünkről? Kinek jó ez, és miért? A válasz nem egyértelmű. Mert lehet így is csinálni. Van olyan gyermek – feltehetően –, akinek a saját tartása ad erőt. És az egyedül elviselt szenvedés és félelem? Ez utólag, látjuk, nem könnyű az anyának se. De akkor nem tudott mást csinálni. [...] Ezen a területen dolgozó orvosokkal, akiknek még nincs megfelelő tapasztalatuk (ahogy nekünk sem volt a munka elején), mindig újból fel kell vetni, hogy a kikerülhetetlen veszélyt, az elviselhetetlen tudást nem szabad erőszakolni. A szülő úgyis elhárítja, amit nem képes elviselni – a kapcsolatot rongja a fellebbezhetetlen közlés. A tartós szorongást, kétségbeesést viszont fokozza, ami kihat a gyermekre is.”

társadalomban afféle „kollektív norma”, amelyet nem elsősorban a félelem, hanem a kulturális mintaként elsajátított udvariasság és szerepelvárások tartanak fenn. A „hallgatást” társadalmi-kulturális keretben elsősorban értelmezni kívánó, „megengedőbb” nézőpontok mellett a hazai hospice-szemléletben – részben a mozgalmi eredetből és az intézmény számára kijelölt különálló térből fakadóan – mindmáig meghatározó az a morális törekvés, amely a „haláltabu” megtörését és a kimondás lehetőségének megteremtését tekinti elsődleges feladatának.

A magyarországi ellátás társadalmi-társadalompolitikai dimenzióival kapcsolatban fontosnak tartom megjegyezni, hogy noha a haláltabu diskurzusainak intézményi beágyazottsága önmagában is fontos kérdés, jelen tanulmány elsősorban a betegek és hozzátartozóik mikroszintű kommunikációs gyakorlatainak elemzésére vállalkozik. Nem célja az egészségügyi intézményrendszer strukturális problémáinak feltárása, ugyanakkor a tereptapasztalatok is jelzik, hogy a „haláltabu” gyakran nemcsak kulturális vagy morális, hanem intézményi hiányokra is reflektál. A halálról való hallgatásra történő hivatkozás a rendszer számára is „kényelmes” magyarázatot kínálhat, mert eltereli a figyelmet azokról a szerkezeti tényezőkről – például az idő- és emberi erőforrások hiányáról –, amelyek hasonlóképpen akadályozzák a nyílt párbeszédet. Ily módon a felelősség a családokra és az egyénekre hárul, miközben a tágabb intézményi feltételek – akár a szakmai, akár a civil támogató struktúrák szintjén – többnyire kívül maradnak a vizsgálat és az önreflexió körén. A hallgatás és az elfojtás így nem kizárólag egyéni vagy családi stratégia, hanem részben a rendszerszintű támogatás hiányának következménye is lehet. Mindezek részletesebb feltárása azonban meghaladja jelen tanulmány kereteit; a haláltabu intézményi dimenzióinak elemzése a későbbiekben önálló vizsgálat tárgyát képezheti.

A haláltabu diskurzusa a palliatív ellátás egyre elterjedtebbé válásával – mind a nemzetközi, mind a hazai gyakorlatban – új értelmet is nyer: a halálról való nyílt beszédet sok esetben immár nemcsak bátorítják, hanem *el is várják*. A betegnek „felelősen” kell részt vennie a saját halálának megtervezésében. Akik ettől elzárkóznak, azok gyakran a „tagadás” kategóriájába sorolódva válnak normatív bírálatok célpontjaivá. A nyílt kommunikáció elvárása – amely nem külső kényszerként, hanem a részvétel lehetőségeként jelenik meg – így fegyelmező hatást is gyakorolhat. Zimmermann (2007) fogalmazta meg a legpontosabban azt a paradoxont, miszerint a halál tagadását éppen az a diskurzus termeli újra, amely deklaráltan a tagadás lebontására törekszik – miközben ezáltal maga is fenntartja a haláltabu társadalmi jelentését és hasznosságát.

MÓDSZERTAN

2021 nyarán kezdtem önkéntes pszichológusi munkámat, illetve – az osztályvezető főorvossal való megálapodásunkat követően – kulturális antropológusként a résztvevő megfigyelést a húszágyas Nyugati hospice-részlegen.⁵ Feladatom elsősorban a betegekkel folytatott konzultáció volt; hozzátartozókkal ritkábban, csak egy-egy rövid beszélgetésre szorítkozva foglalkoztam. Miután az osztályt három hónappal a terepmunkám kezdetét követően a Covid19-járvány miatt lezárták (illetve végleg bezárták), megpróbáltam újabb palliatív ellátási egységet találni. 2023 áprilisától 2024 júniusáig a huszonöt ágyas Keleti hospice-részlegen dolgoztam önkéntesként, illetve végeztem terepkutatást ugyancsak heti egy alkalommal. 2024 szeptemberétől egy gyermekhospice-házban foglalkozom pszichológusként intenzív ápolást igénylő gyermekek családjával, illetve a gyermeküket elveszített, gyászoló szülőkkel. Mivel utóbbi terepen viszonylag kevés időt töltöttem

⁵ Az anonimitás megőrzése érdekében a terepmunkahelyszínekre Keleti és Nyugati osztályokként hivatkozom, utalva azoknak a magyarországi városoknak a földrajzi elhelyezkedésére, amelyek kórházaiban a résztvevő megfigyelés helyszínéül szolgáló, nem fővárosi hospicerészlegek helyet kaptak.

még, a palliatív gyermekellátás területéről ritkábban, csak különösen indokolt esetekben említek példákat.

Terepmunkám jellegéből fakadóan a betegekkel, a hozzátartozókkal és az egészségügyi személyzettel folytatott informális, rövid konzultációk, illetve mindennapi beszélgetések nem számszerűsíthetők, és módszertanilag sem kezelhetők interjúként (pl. Bernard–Gravlee 1998).⁶ A kutatás során ugyanakkor hét olyan beteggel – négygel a Nyugati, hárommal a Keleti hospice-részlegről –, illetve egy orvossal kerültem bizalmi kapcsolatba akik kifejezett engedélyt adtak arra, hogy az általuk megosztott történeteket részletesen is lejegyezzem. Az ő elbeszéléseik képezik a tanulmányban hosszabban idézett esetek gerincét. A gyermek hospice-házban eltöltött rövidebb idő miatt, ahogy említettem már, írásomba csak néhány lényeges, illetve elsősorban kontextuális megfigyelést építettem be.

A terepmunka során az etikai megfontolásokat szem előtt tartva az informális társalgásokról nem készítettem hangfelvételeket. A beszélgetéseket és megfigyeléseket részletes terepnaplóban rögzítettem, amelyek a saját gondolataimat, érzéseimet és reflexióimat is tartalmazzák. Feljegyzéseim többnyire a helyszínen, röviddel az interakciókat követően készültek a pihenőszobákban; igyekeztem az adott szituáció hangulatát, kontextusát, illetve nyelvi jellemzőit a lehető legpontosabban rekonstruálni. Időnként a betegek megengedték – sőt, maguk kérték –, hogy az ágynál ülve írjam le a beszélgetésünket; ezekben az esetekben az idézett szövegrészek az elhangzottak pontos lejegyzései. A továbbiakban az idézőjelek között szereplő szövegek mindkét típusú anyagot jelölik: azokat az interjúrészleteket, amelyek az elhangzott beszéd közvetlen rögzítései, valamint azokat, amelyek a terepnaplóból származó, hűen rekonstruált részletek.⁷

Az egymásra rétegződő önkéntes pszichológusi és kutatói szerepkörök természetesen elkerülhetetlen etikai feszültséget hoztak létre a terepmunka során (a klinikumban dolgozó kutató szerepkonfliktusairól lásd még: Hay-Smith et al. 2016). Az önkéntes segítői feladatok – a betegek és a hozzátartozók kísérése, a gondoskodás és a támogatás – mindig elsőbbséget élveztek a tudományos vizsgálat szempontjaival szemben (a kutatás elsősorban a segítői kapcsolatok másodlagos, reflexív szintjén valósult meg: nem azok *helyett*, inkább azokból kiindulva). Az ugyancsak hospice-ellátásban dolgozó etnográfus, Jean Tinney (2008) mutatott rá arra, hogy a gondozási-gondoskodási terekben terepmunkát végző antropológus számára elkerülhetetlen a szerepek közötti határvonalak folyamatos újratárgyalása: a kutató nem maradhat kívülálló megfigyelő, de nem is válhat teljesen eggyé a segítői szereppel (azaz szem előtt kell tartania, hogy a segítői feladatok mellett *kutatást* is végez). A döntés, hogy mikor melyik pozíciót erősíti meg – mikor melyik élvez prioritást –, mindig etikai természetű, és végső soron a résztvevők biztonságát, jóllétét szolgálja. Ebben az értelemben a kettős pozíció egyúttal a folyamatos egyensúlyteremtés kényszerével is együtt jár: kutatóként az empátikus részvétellel és az alkalmankénti reflexív távolságtartás dinamikus váltakozását kell biztosítanunk (Geddis-Regan–Exley–Taylor 2022, Hay-Smith et al. 2016). A saját terepemen mindez azt jelentette, hogy minden helyzetben a segítő/önkéntes pszichológusi szerep volt számomra az elsődleges, a kutatói figyelem pedig többnyire ebből a relációból, utólagos értelmezés révén épült fel. Az idézett beszélgetésrészletek ugyanakkor kizárólag olyan személyektől származnak, akik szóban a beleegyezésüket adták ahhoz, hogy az általuk elmondottak – anonimizált formában – tudományos közleményben megjelenhessenek.

⁶ Bernard és Gravlee (1998:284) szerint nem a formális interjú valamely fajtáját, hanem a hétköznapi beszélgetéseket használni az adatgyűjtés során elfogadott, legitim dolog a kulturális antropológia módszertanában.

⁷ A rekonstruált idézetek használata elfogadott gyakorlat az etnográfiai kutatásokban, különösen olyan érzékeny terepeken, ahol a hangfelvétel készítése a résztvevők személyiségi és adatvédelmi jogait, a bizalmi viszonyt vagy a helyzet intimitását veszélyeztetné (Emerson–Fretz–Shaw 2011, Van Maanen 2011).

A terepnaplók feldolgozása során kvalitatív tartalomelemzést végeztem, ami lehetőséget kínált arra, hogy azonosítsam a visszatérő mintázatokat, tematikus csomópontokat és jelentésmezőket. A tartalomelemzés célja nem a kategóriák előzetes meghatározása, hanem azok induktív kialakítása volt (Guest–MacQueen–Namey 2012). A kódolási és tematizálási folyamat nyitottan, nem lineáris módon zajlott: többszöri visszatérés, a kódok módosítása és a témák újraértelmezése révén alakult ki a végső struktúra. A folyamat során tartalomelemző programot nem használtam.

Jelen tanulmányban elsősorban a „tagadással”, „elhallgatással”, azok meghatározásával és azonosításával, illetve a „hárításra” adott reakciókkal, vitákkal és konfliktusokkal foglalkozom. A naplókba beépített reflexív megjegyzéseim – amelyek a kutatói pozícióm mellett az attitűdjeimet, gondolataimat és érzelmi válaszaimat is rögzítették – különösen fontos szerepet játszottak a jelentések megragadásában és további értelmezésében (Davies 2008).

A következő részekben terepmunka-tapasztalataim alapján azt vizsgálom, hogy a magyarországi hospice-osztályokon ápolott betegek milyen mértékben vannak tisztában állapotuk súlyosságával, illetve milyen gyakorisággal és milyen formában kerülhet sor velük a halálról és a haldoklásról való nyílt kommunikációra. Részletesen kitérek arra is, hogy miként jelenik meg a „haláhtagadás” kérdése a hozzátartozókkal folytatott interakcióikban – egyáltalán: ki mit értékel hárításként, és ki milyen motívumokra hivatkozik az „elhallgatás” indoklásakor –, különös tekintettel azokra a helyzetekre, amelyekben az értelmezésbeli különbségek válnak konfliktusforrásokká.

A KUTATÁS EREDMÉNYEI

„Egészséges tagadás”

Noha ebben a részben a hospice-ban ápoltak „haláhtagadással” kapcsolatos elképzeléseit, attitűdjeit és gyakorlatait elemzem, fontosnak tartom kiemelni, hogy a „haldoklóvá válás” nem *egyéni teljesítmény*, hanem a társas térben zajló aktív folyamat (hiszen ahhoz, hogy egy személyt „haláhtagadóként” lehessen megnevezni, fontos, hogy először „haldoklóként” azonosítsuk). Egy németországi hospice-részlegen terepmunkát végző antropológus, Mira Menzfeld (2018) is kiemelte, hogy a haldoklóidentitás felvétele magában foglalja a kórkép és a prognózis kezelőorvos általi kommunikációját, annak megértését és elfogadását, illetve esetenként a palliatív kezeléssel való együttműködést is.

A hospice-osztályokon végzett munkám alighanem legmegdöbbentőbb tapasztalata, hogy a betegek jelentős hányada egyszerűen nincs tisztában a hospice-ellátás fogalmával. Bár előzetesen aláírtak „beleegyező nyilatkozatokat”, a megkérdezettek arról meséltek, hogy nem értették pontosan, hová viszik őket az aktív ellátást biztosító osztályról, nem voltak olyan állapotban, hogy megértsék a „hospice” kifejezés jelentését, illetve nem volt választásuk, mert haza mégsem mehettek. Minderről Biró Eszter (Bérczes–Biró 2020) is beszámolt, elsősorban a „mágikus félelmek” perspektívájából. Nyíltan senki sem szeretné megsemmisíteni a jövőbeli kilátásokat, kimondani, hogy „elfogyott a remény”, így sok esetben a betegek orvosi tájékoztatás híján kerülnek egy aktív ellátást már nem biztosító részlegre.

A kezelőorvosok maguk is gyakran kerülnek a hospice-ellátás javaslatát. *„Legutóbb Erzsébet néni hozzátartozói reklamáltak, amikor megtudták, hogy az osztályon már nem folyik aktív kezelés. Azt mondták, azért írták alá a nyilatkozatot Z.-ben, mert ott mindenképp kitették volna a mamát a kórházból, ők pedig nem tudták*

hazavinni – mondta mindezzel kapcsolatban a vele készített – és hangfelvételen rögzített – interjúban az egyik hospice-részleg főorvosa. – Addig mentek, amíg el nem intézték, hogy újabb vizsgálatra szállítsák el ezt az asszonyt. [...] Többnyire a rendszer semelyik pontján nem mondja ki senki, hogy nincs mit tenni. Nézd majd meg, még akkor is elő fognak írni ennek a nőnek valamilyen kezelést, ha már ők maguk sem látják semmi értelmét. Ebben nem csodavárás van, és nem is mindig arról szól az egész, hogy ne tudná az orvos kimondani, hogy nem lát több esélyt. Arról van szó, hogy az emberek, és ez érthető is, szóval addig mennek a családtagok, amíg nem találnak egy olyan orvost, aki hajlandó valamilyen aktív beavatkozásra. Mivel előbb-utóbb úgyis lesz egy ilyen az ország valamelyik szegletében, ezért inkább nem mondanak nemet a többiek sem. Nem sokan akarják a saját rossz hírüket kelteni a betegek között, hogy bezzeg ő feladta, bezzeg a másik meg próbálkozott tovább.” A szakember „kemény döntése”, a heroikus küzdelem feladása a szenvedés csökkentésének a kedvéért (Kaufman 2006) sok esetben a beteg „magára hagyásaként”, az empátia vagy éppen a szaktudás hiányaként értékelődik.

Természetesen elképzelhető – és tapasztalataim alapján gyakori – az a helyzet is, amikor a betegek megkapják ugyan a kellő tájékoztatást az életkilátásaikról, de nem képesek vagy nem szeretnék megérteni és elfogadni azt. Glaser és Strauss (1965) – a kórházi információmegosztást és a kommunikációs mintázatokat elemző – klasszifikációja alapján azt mondhatjuk, hogy a tudatosság nem csupán akkor lehet zárt (*closed awareness*), amikor a haldoklás tényét nem közlik a beteggel. Egy szülőcsoportban például, ahol a párok kifo-gásolták, hogy nem kaptak kellő tájékoztatást a gyermekük valós állapotáról, egy rákbetegség következtében elhunyt kisfiú édesanyja a következőket mondta: „*Velem az első percben világosan közölte a kezelőorvos. És onnantól kezdve én a, nem találok jobb kifejezést, az egészséges tagadás állapotában voltam. Merthogy Zsólán meghal, azt nem lehetett felfogni.*”

Annak ellenére, hogy a pszichológiai és pszichiátriai elméletek – különösen a szakaszelméletek – a haldoklóidentitás elfogadását „visszafordíthatatlannak”, egy hosszú küzdelem végén elért lelki teljesítménynek tekintik, tereptapasztalataim a saját halál iránti attitűdök – a belátás – fluktuáló, kontextusfüggő természetét mutatják. A személyes haláltudat hol erősebben kerül előtérbe, hol pedig elhalványul a beteg fizikai állapotától, érzelmi teherbírásától és az interakciós környezettől függően. A több mint egy éve a hospice-osztályon elhelyezett, agydagyanattal diagnosztizált Zsófi nénivel⁸ például időnként nyíltan beszélünk a szorongásairól: „*Ha pár éve megkérdeztél volna, akkor még lezseren vettem a halált, azt mondtam volna, hogy ez az élet rendje, meg mindennek vége szakad egyszer, és ennek be kell következnie. De most már félek, a legjobban a kiszolgáltatottságtól.*” Más esetekben viszont kérlette a lányát, hogy vigye haza a kórházból, és igyekezett bebizonyítani, hogy semmi szükség az ápolására, mert egymaga is boldogul.⁹

8 A továbbiakban a „néni”, „bácsi” kifejezéseket olyan esetekben alkalmazom, amikor a beszélgetőtársaim maguk kérték az ily módon történő megszólításukat. A keresztnéveket természetesen minden esetben megváltoztattam.

9 A hospice-ból való elvágódást, a hazatérés szándékát – egyebek mellett – gyakran éppen azzal indokolták a betegek, hogy a palliatív részleg, pontosabban az ott zajló események megnehezítik a remény fenntartását: a haláltudat legalább részleges elfojtását. Szilvi néni a szobatársa halálát követően megkérte a nővéreket, hogy hagyják még a kórteremben a paravánt, mert „nem bírja nézni az üres ágyat”. Zsófi néni a negyedik szobatársa halálát követően kezdte egyre intenzívebben kérlelni a lányát, hogy szállíttassa haza, mert „nem akar elviselni többet ebből a látványból”. Janka néni szinte sosem viselt pizzamát vagy hálóinget: „*Felveszem a melegítőmet, úgy sétálok a folyosón – és akkor nem vagyok beteg, még itt sem.*” Mindez ismételt utal arra, hogy a halállal való szembenézés az osztályon elhelyezettek számára többnyire nem egy egyszer s mindenkorra megszerezhető tudás vagy belátás, hanem jelentős szenvedést okozó teher, amelyet megpróbálnak kizárni a tudatukból (vagy amelytől igyekeznek mentálisan eltávolodni).

Zimmermann (2012) mindezzel összefüggésben arra hívta fel a figyelmet, hogy míg a személyzet gyakran a mulandóság elfogadásának, a végességgel való szembenézésnek a hiányát tekinti a „rossz halál” egyik indikátorának, addig a betegek saját megéléseiben ez az elem kevésbé jelenik meg problémaként. Számukra sokkal inkább a *hirtelen*, szenvedés-, ugyanakkor szembenézésmentes halál válik kívánatossá – amit a szakemberek a „jó halál” ellenpéldájaként kezelnek. Anita néni például, aki hónapok óta fekszik az osztályon, egyszer keserűen megjegyezte: „*Mindennap nem lehet haldoklónak lenni*”. Szavai rávilágítanak arra, hogy a haláltudat az érzelmi és fizikai kimerüléstől (is) függő élmény, amely a hosszúra nyúló haldoklás során ciklikusan változhat. Az elfogadás, amennyiben egyáltalán bekövetkezik, nem végállapot, nem stabil „szakasz” – ahogy Kübler-Ross elméletéből következik –, hanem törekény, időben és a változó kontextusok mentén formálódó pozíció.

A haláltabuval kapcsolatban Kastenbaum és Moreman (2018) vetették fel, hogy érdemes lenne közelebbről is megvizsgálni, vajon a halál *mely aspektusait* tagadjuk pontosan. Hogyan változnak az elfojtott elemek a szituációk függvényében? A haldoklás etnográfiai vizsgálata során Ann Neumann (2017) megállapította, hogy a társadalmi haláltudatból gyakran hiányzik a *testi hanyatlás* ábrázolása: a hétköznapi emberek elképzeléseiben, illetve a populáris kultúra steril reprezentációiban a fizikai, sokszor undort keltő valóság kevésbé jelenik meg (ez a leginkább tagadott aspektusok egyike). A magyarországi hospice-okban elhelyezettek sok esetben nyíltan próbáltak beszélni a betegségük súlyosságáról és annak progrediáló jellegéről, azonban a testi romlást, a gyengeséget, az állóképesség hiányát és a fájdalmat hosszabb távon kevésbé vették számításba. György például úgy gondolta, hogy „*roboráló kezelésre*” érkezett a palliatív osztályra: „*Nemsokára hazamegyek, mindenkinek jobb, ha elüldögélek, elhorgászgatok a stégemen, és nem itt foglalom a helyet, míg meg nem halok*.” Éva szintén arról beszélt, hogy „*megegyesedni*” jött be, mert a férjének már dolgoznia kell, a kezelésnek köszönhetően ugyanakkor nemsokára hazamehet, hiszen „*jobb otthon kézműveskedni*”. Anikó „*bakancslistát*” készített: szeretne volna vendégül látni az összes barátját egy kétnapos mulatságon – azzal, hogy egy héttel később elveszítette a látását, illetve járni sem tudott már, nem számolt. Mindez arra utal, hogy a halál elméleti lehetőségként gyakran tudatosul ugyan, ám a testi leépülés továbbra is az a dimenzió, amely talán a legnehezebben integrálható a haldoklás tapasztalatába, illetve a haldokló jövőképebe.

Noha a szakirodalmi összefoglalóban említettem már, hogy a haláhtagadás az egészségügyi személyzet számára „*önhazugsággént*” vagy „*erkölcsi fogyatékosággént*” értékelődhet, a tereptapasztalataim arra utalnak, hogy a betegek gyakran éppen a halál elfogadását tartják „*immorálisnak*”. Mária néni elmesélte, hogy amikor májdaganatot állapítottak meg nála, azon kezdett el gondolkozni, hogy hogyan maradhatna „*felelősségteljes a fiai irányába*”. Közbevettem, hogy talán itt nem az övé a felelősség, mire könnyes szemmel rám nézett, és azt felelte: „*Egy szülő felelőssége sohasem múlik el*.” Kati néni hasonlóképpen vélekedett, amikor az eutanáziáról gondolkozva megjegyezte: „*Én nem tudnék dönteni. Milyen az, amikor azt mondd, hogy jó, akkor délután már nem leszek? Vagy holnap reggel nem leszek? Ezt felfogni sem lehet, iszonytató!*” Ezt követően szoba került, hogy előző héten, amikor rettenetes, csillapíthatatlan fájdalmakat élt át, ő maga jelentette ki, hogy „*legszívesebben felválná az ereit, ha lenne hozzá ereje*.” „*Azóta ezen is gondolkoztam – tette hozzá –, mert hogy lehet azt dönteni, hogy a halált választom, és akkor többé nem láthatom a gyerekeimet? Ilyen nincs, ebbe nem tudok belegondolni*.” Én magam is haldokló szülők, nagyszülők kíséresekor, a velük való beszélgetések során értettem meg, hogy a saját halállal való szembenézés – a végleges elválás tudatosulása miatt – a gyermek vagy az unoka elvesztéséhez hasonló szenvedést okozhat. Mindezek következtében önmaguk végességének elfogadása a legközelebbi, legjobban szeretett hozzátartozók hiányába való belenyug-

vásként értelmeződik – ebből a perspektívából azonban a beletörődés olyan súlyos erkölcsi vétség lehet, amelynél a haldoklás fájdalma is elviselhetőbb.¹⁰

A vonatkozó szakirodalmat összefoglaló részben láthattuk, hogy a pszichológiai tanulmányok a halál elfogadását gyakran az érett személyiség indikátoraként említik. A terepen szerzett tapasztalataim alapján úgy tűnik, hogy a magyarországi hospice-okban fekvő betegek egy része nem reflektált, *individuális* döntésként, hanem egyfajta generációk között átörökölt, adaptív életstratégiaként tekint a végesség elfogadására. Zsuzsanna például – akinek a szüleit 1947-ben telepítették Szlovákiából egy alföldi faluba – úgy mesélt a betegségeről, mint egy „sorscsapásról, amit el kell viselnie”. A kitelepítés emlékéhez kivétel nélkül minden alkalommal visszatért a beszélgetéseink során: „És mit tehettek, hát el kellett tűrniük. Hiába vágyakoztak, *sohasem térhettek haza* – mondta az édesanyjéről. – Hát én is kire haragudjak, hogy itt vagyok? Mi értelme lenne?” Zsuzsanna elfogadása – a családtörténet alapján rendszeresen felidézett megküzdési mechanizmusokkal párhuzamosan – a választási lehetőségek hiányának felismeréséről is szól. A megadás ebben az értelemben nem a kübler-rossi utolsó, a korábbiakat kiteljesítő szakasz, hanem egy történelmileg formált, belsővé tett stratégia arra, hogyan viselje el ellenszegülés nélkül azt, amin változtatni nem képes.

„Némaság a hang helyett. De a némaság mi helyett?”¹¹

A palliatív ellátás jellegzetes diskurzusairól készített összefoglaló tanulmányában Zimmermann (2004) kiemelte, hogy míg az intraperszonális tagadás esetén elsősorban *tudattalan* folyamatokat elemeznek a klinikusok, addig a hozzátartozókkal való kommunikáció során észlelhető haláhtagadást mint a személyes – *tudatos* – választás eredményét ismerik fel. Ahogy azt a bevezetőben jeleztem már, a „pszichoszakmák” képviselőivel ellentétben a társas-társadalmi kapcsolatok elemzői normatív értékelés helyett inkább a „haláltabu” megértésre törekednek. Kellehear (1984) arra mutatott rá, hogy annak ellenére, hogy az egészségügyi intézményekben növekszik a haldoklók és családtagjaik életvégi döntésekbe való bevonásának – így a halálról való egyeztetéseknek – az igénye, a halál továbbra is erősen felkavaró beszédtema maradt a nyugati kultúrában. Ennek köszönhetően jól megragadható feszültség áll fenn a dialógus szükségessége és a halált érintő beszélgetésekben való részvétel természetes nehézsége között.

Tereptapasztalataim alapján úgy tűnik, hogy az egészségügyi személyzet elsősorban a betegség súlyosságát tudomásul nem vevő, arról nem vagy csak zavartan kommunikáló személyeket tartja „nehéz betegeknek”. A gyermekhospice nővércsoportjában például többen is problémaként nevezték meg a haláltéma kerülését, még egy olyan eset kapcsán is, amikor a kamaszkorú haldokló – időnként burkoltan, időnként nyíltabban – jelezte, hogy tisztában van az állapotával. A nővérek közül sokan lehetetlennek érezték a beszélgetés folytatását, és úgy fogalmaztak: „nincsenek válaszaik” – ennek ellenére tartották mégis problémásnak a halálról való nyílt diskurzus akadályoztatottságát. A továbbiakban – terjedelmi korlátok miatt – elsősorban a hospice-réslegen elhelyezettek és a hozzátartozók közötti kommunikációs mintákat és konfliktusokat elemzem. Azokra a kulturálisan meghatározott elvárásokra és stratégiákra fókuszálok, amelyek alakítják, hogy mi mondható ki, és mi okoz konfliktusokat a halál közelségében.

¹⁰ Hasonló, a tagadás *visszaütatása* miatti büntudatról számolt be egy, a gyermekét az életvégi ellátásban kísérő szülő is. „Amíg vele vagyok, nem jutnak eszembe rossz dolgok, de ha egy kicsit kimegyek, iszom egy kávét, akkor igen. És anyaként egyáltalán hogy juthat ilyen az eszembe? Hogy merülhet ez fel?” – kérdezte, miközben a gyermek korábbi kezelőorvosa épp a kisfiú állapota súlyosságának elfogadására bátorította.

¹¹ Tandori Dezső: Koan III.

Az előző részben említett, a haldoklás beismerésének „immorális” jellegével szoros összefüggésben mind a hozzátartozók, mind a haldoklók számára kiemelten fontos a másik „kímélete”, illetve érzékenységeinek és érzéseinek tiszteletben tartása. Egy fiatal gyászoló nő elmondta például, hogy mennyire dühössé vált, amikor a férje kollégái búcsúzásnak ható videóüzeneteket küldtek a beteg telefonjára. *„Lehet, hogy benne akkor tudatosult igazán, hogy nem épül fel többé – fogalmazta meg. – Talán épp ebből a lemondásból és elkészülésből értette meg, hogy vége, és akkor itt adhatta fel teljesen.”* Ahogy Menzfeld korábban idézett etnográfiaja (2018) alapján láthattuk, a haldoklás társas konstrukció: a haldoklóidentitás felvételét és elfogadását sok esetben a nyílt kommunikációhoz, a megnevezéshez kapcsolják az érintettek. Noha az egészségügyi személyzet a „dolgok megbeszélésének lehetősége” és a „nyílt búcsúzás szükségessége” mellett érvel a „haláhtagadással” szemben, a haldoklók és hozzátartozók perspektívájából a halálról való beszéd sok esetben a beletörődéssel és a szeretett személy „haldoklóként” való „létrehozásával” egyenértékű (épp ezért elfogadhatatlan és kerülendő).¹²

A Nyugati hospice-osztályon kezdett önkéntes munkám első napját követően az alábbi bejegyzést írtam a terepnaplómba: *„Egy fiatal nő etette az édesanyját a 4-es kórteremben. Ahogy merte a levest, mindvégig úgy beszélt, mintha az anyja azért lenne itt, hogy felépüljön. Meg kell ezt enned, Anyuka, ettől fogsz megerősödni. Megerősödsz, és kijössz innen. Ezt mondta minden egyes falatnál. Elgondolkoztam, hogy mennyire ellentétben áll mindez azzal, amit a haldoklókkal való bánásmódról, az őszinte kommunikáció szükségességéről tanultunk az alaptanfolyamon. Úgy tűnt, itt valami egészen más történik. Ez afféle rituális kommunikáció. Mindketten tudják, miről van szó, de ezt így kell végigcsinálni – és mintha ebben lenne valamiféle szépség és erő.”*

Több mint egy évvel később Kati néniel beszélgettem egy látogatást követően a Keleti hospice-részlegen: *„A fiam mindig mondogatja, hogy ha hazamegyek, kivisz majd a patakpartra, és ott fogunk főzni valamit. Te erős vagy, menni fog, megoldjuk, ezt ismételteti mindig. És akkor egyszer már mondtam, hogy nem, fiam, én már nem megyek ki innen többé. Erre elkezdett velem kiabálni, hogy ne beszéljek így, mert meg fogok győgyulni, mert az orvostudomány így, úgy, majd segít. Azt mondtam neki, hogy ezt most el kell fogadni, de azért nem adom fel. Hát mit mondjak neki? Hát lesz valahogy, nem fogom feladni.”* Kati néni szavai jól mutatják a belső konfliktust, a haldoklás elismerésének, illetve a remény és a küzdőképesség egyidejű fenntartásának ambivalenciáját és nehézségét. Egy másik alkalommal a következő nézőpontot vetette fel a nyílt kommunikációval összefüggésben: *„Néha gondolok arra, hogy jó lenne, ha direktben megmondanék mindent a fiamnak, de aztán eszembe jut, hogy mi lesz azután. Miről fogunk még beszélgetni onnantól? Meg ha csak kötöm az ebet a karóhoz, akkor ő meg aggódni fog, meg végig nyugtalan lesz miattam. Én nem akarom teljesen kikészíteni, mert neki dolgoznia kell napi tíz órákat, meg ott vannak a gyerekek. Így is félttem, autóval jár egész nap, hol hiányzik ez neki? Meg nekem is itt, hogy balesete legyen? [...] Azért nem buta gyerek ám ő, nyilván ő is pontosan tudja. De így nyugodtabban vagyunk.”*

12 Noha a főszövegben elsősorban a verbális és nem verbális kommunikációt elemzem, fontosnak tartom megemlíteni, hogy a hozzátartozók kímélete sokszor a testi tünetek, a fájdalom és a szenvedés elkendőzésében is megnyilvánul. *„Össze kell szednem végre magam – jelentette ki a látogatás közeledtével Zsófi néni –, mert jön be a lányom. Utána már össze is omolhatok, nem érdekel, de nem akarom bántani, hogy azt lássa, hogy meg akarok itt halni.”* Julia Lawton (2000) részletesen bemutatta, hogyan próbálják a hospice-okban a „rendellenes”, a „külső” és „belső” határok felbomlásával fenyegető, haldokló testeket oly módon előkészíteni – például a gyógyszerek időzített adagolásával, a tisztálkodás ütemezésével –, hogy azok ne zavarják meg a látogatók érzékenységét, ne keltsenek visszatetszést, undort vagy szorongást az érkezőkben. A hospice-részleg így nem csupán a testi fájdalom enyhítésének, hanem a kulturálisan elfogadható haldoklás megszervezésének a terévé is válik, ahol a fizikai romlás kontrollja egyfajta morális és esztétikai teljesítményként értékelődik.

Kati néni fiával ellentétben több hozzátartozó igyekezett tájékozódni a haldoklással kapcsolatos kortárs pszichológiai és tanatológiai irodalomból. Előfordult, hogy épp a „hallgatás” miatt gondolta egy nő „rosszul haldoklónak” az édesapját, és kérte, hogy fogadtassam el vele az állapotát, hogy elérhesse a „belenyugvás szakaszát”. Más esetben arról beszélgettünk egy fiatal férfival – aki szintén az édesapja „makacs elutasítására” panaszkodott –, hogy vajon valóban félre kell-e tenni minden, korábban érvényesnek tekintett családi kommunikációs szabályt az élet végén. Az apa, Ferenc a családtagok előtt sohasem panaszkodott korábban. Amikor beérkeztek a hospice-ba, és kiderült, hogy már csak tolószékben tudja megtenni az utat az autótól a részleg bejáratáig, lehajtotta a fejét, és tőle korábban sohasem hallott, utánozhatatlan hangsúllyal csak annyit mondott: „Gyerekek!” Vajon helyettesíthető lenne-e ez az egyetlen, sűrű kifejezés valamilyen kidolgozottabb, artikuláltabb nyelvi kóddal, amely a saját halálának és a családtagok elvesztésének fájdalmát pontosabban közvetítené?

Kati néni, Ferenc, valamint a hospice-osztályokon elhelyezett betegek történetei összecsengenek Eva Illouznak (2008) az érzelmek racionalizálásával kapcsolatban megfogalmazott kritikájával. A „nyílt kommunikáció” eszménye, a terápiás diskurzus dominánssá válása, illetve a verbalitás privilegizálása az elmúlt évtizedekben sikeresen szorította háttérbe a kapcsolódás testi, affektív vagy éppen a hallgatáson alapuló formáit, illetve a rítusokban kódolt megnyilvánulásokat. Vajon felismerjük-e a csend funkcióját, az önvédelmet és a kíméletet, amikor egy, a személyzet által „halátagadónak” tartott kamasz lány inkább nem hívja el a barátnőit „elbúcsúzni”, mondván, majd úgyis találkozunk, ha helyrejön, és visszanyeri a korábbi formáját? Jelenthet-e a szavaknál többet a hallgatás egy rákbetegségben szenvedő hatéves kisfiú esetében, aki a szüleit megóvandó inkább nem jelezte, hogy elvesztette a látását, és órákig ült csendesen a bekapcsolt tévékészüléken futó rajzfilmek előtt?

AZ „ELÉG JÓ” HALÁL: ÖSSZEGZÉS

A tanatológiai diskurzusban az elmúlt évtizedekben többé-kevésbé uralkodóvá vált az az elképzelés, hogy a haldokláshoz és a halálhoz való „egészséges viszonyulás” a tudatos szembenézésben, a nyílt kommunikációban és az érzelmek vállalásában testesül meg.¹³ Mindezzel párhuzamosan egyéb társas-társadalmi gyakorlatokban is megfigyelhető a verbalitás felértékelődése: a transzparencia és az „őszinteség” a nyugati kultúrában immár nem csupán érték, hanem elvárásként is megfogalmazódik. Eva Illouz (2008) vagy akár Nikolas Rose (1996) munkái alapján felvethető, hogy miközben bizonyos magatartásformákat „tagadásként” ítélünk el, előfordulhat, hogy félreértelmezzük és elutasítjuk a kapcsolati érzékenység korábban kulturálisan elfogadott megnyilvánulásait.

Felnőtt- és gyermekhospice-részlegeken végzett terepmunkáim tapasztalatai arra világítanak rá, hogy a haldoklók és hozzátartozóik között feltárható kommunikációs mintázatok a kimondás–tagadás bináris logikájánál finomabbak és bonyolultabbak. A megfigyelt interakciók gyakran a testi közelség, a szeretet, a kímélet vagy a humor finom gesztusaival zajlanak, amelyek nem a halál elkerülését, hanem a remény fenntartásának és a kapcsolódásnak a lehetőségeit szolgálják. Mindezt az is alátámasztja, hogy a családtagok sokszor tuda-

¹³ Az érzelmek és a hospice-ellátás kapcsán Mira Menzfeld (2018) részletesen elemezte, hogy az „érzelmek vállalása” előírás bizonyos megszorításokkal érvényes csupán. Fontos, az egészségügyi személyzet és a hozzátartozók részéről egyaránt előírt implicit szabály a negatív érzelmek – különösen a harag – kontrollálása és keretek közé szorítása. Az irigység és a féltékenység megnyilvánulásait a hozzátartozók egyáltalán nem érezték „helyénvalónak”, ezért az azoktól való megszabadulás érdekében terápiát javasoltak a haldoklóknak.

tosan mérséklék az életvégi információk megosztását annak érdekében, hogy védjék a beteget és fenntartsák a család érzelmi egyensúlyát (Brighton–Bristowe 2016).

Camilla Zimmermann (2012) szerint a palliatív ellátás szakirodalma a halál „elfogadásának” eszményét jelöli ki központi normaként, amelyet a kutatók és a hospice-személyzet alapvetően pszichológiai teljesítményként és a „jó halál” előfeltételeként kezel. Az említett megközelítés ugyanakkor *homogenizálja* a halálhoz fűződő emberi viszonyok sokféleségét, és kevésbé veszi figyelembe azokat a kulturális, kapcsolati és etikai tényezőket, amelyekkel az emberek a halálhoz viszonyulnak. Kutatásaimnak nem célja alternatívát kínálni a „jó halál” normatív elképzelésével szemben, ugyanakkor igyekeztem láthatóvá tenni azokat a nem verbális, illetve gyakran „hárításnak”, „hazugságnak” címkézett verbális interakciókat, amelyek segítségével a haldoklók és hozzátartozóik megkísérlik egymás számára biztosítani a jelentésteli kapcsolódást. A haldoklás nem egyszerűen belső, pszichológiai folyamat, hanem kulturálisan formált, másokkal megélt tapasztalat – ennek hangsúlyozása segíthet a kommunikációs és érzelmi mintázatok sokféleségének nem normatív értelmezésében.

A hazai szakirodalom terén – a pszichológiai és orvosi megközelítések gazdagsága mellett – egyre nagyobb igény mutatkozik olyan kutatásokra is, amelyek a haldoklás élményét a társadalmi viszonyok és a kulturális jelentésképzések kontextusában vizsgálják. A tereptapasztalatok alapján úgy tűnik, a „jó halál” eszményének normatív érvényesítése a gyakorlatban feszültséget teremthet a szakmai és erkölcsi megfontolások között: a nyíltság követelménye ütközhet a megértés, a kímélet és a remény fenntartásának szándékával. A társadalmi tudatosság növelése mindezek alapján nem feltétlenül vagy nem kizárólagosan a „tabuk megtörését” jelenti, hanem a halálhoz fűződő viszonyaink *sokféleségének* elismerését és elfogadását. Olyan szemléletet, amely a gondoskodás egymástól eltérő kulturális formáinak megértésén keresztül járulhat hozzá egyre empatikusabb hospice-gyakorlatok kialakításához.

HIVATKOZÁSOK

- Ariès, P. (1987) *Gyermek, család, halál*. Budapest: Gondolat.
- de Beauvoir, S. (2013) *Szelíd halál*. Budapest: Jaffa.
- Armstrong, D. (1987) Silence and Truth in Death and Dying. *Social Science & Medicine*, 24, 651–657.
- Becker, E. (2004) The Terror of Death. In Robben, A. C. (szerk.) *Death, Mourning, Burial. A Cross-Cultural Reader*. Malden, MA: Blackwell, 23–31.
- Bérczes T. – Biró E. (2020) *A halál életkérdés. Beszélgetések Biró Eszterrel, a Magyar Hospice Alapítvány pszichológusával*. Budapest: Corvina.
- Bernard, H. R. – Gravlee, C. C. (1998) *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*. Walnut Creek, CA: Rowman & Littlefield.
- Bíró E. (2015) A hospice ellátás pszichológiája. In Kiss E. – Sz. Makó H. (szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia, 78–93.
- Blauner, R. (1966) Death and the Social Structure. *Psychiatry*, 29(4), 378–394. <https://doi.org/10.1080/00332747.1966.11023480>
- Bregman, L. (1999) *Beyond Silence and Denial: Death and Dying Reconsidered*. Louisville, KY: Westminster John Knox.
- Brighton, L. J. – Bristowe, K. (2016) Communication in Palliative Care: Talking about the End of Life, Before The End of Life. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1090), 466–470. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>
- Brighton, L. J. – Selman, L. E. – Bristowe, K. – Edwards, B. – Koffman, J. – Evans, C. J. (2019) Emotional Labour in Palliative and End-of-life Care Communication: A Qualitative Study with Generalist Palliative Care Providers. *Patient Education and Counseling*, 102(3), 494–502. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.013>
- Charmaz, K. (1980) *The Social Reality of Death: Death in Contemporary America*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Connor, S. R. (1986) Measurement of Denial in the Terminally Ill: A Critical Review. *The Hospice Journal*, 2(4), 51–68. <https://doi.org/10.1080/0742-969x.1986.11882575>
- Csikós Á. (szerk.) (2022) *Palliatív ellátás*. Budapest: Medicina.
- Davies, C. A. (2008) *Reflexive Ethnography: A Guide to Researching Selves and Others*. London: Routledge.
- Elias, N. (2000) *A haldoklók magányossága*. Budapest: Helikon.
- Elias, N. (2004) *A civilizáció folyamata*. Budapest: Gondolat.
- Emerson, R. M. – Fretz, R. I. – Shaw, L. L. (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes* Chicago: University of Chicago.
- Freud, S. (1995) Időszerű gondolatok háborúról és halálról. In Freud, S. *Tömegpszichológia – Társadalomlélektani írások*. Budapest: Cserépfalvi, 159–174.
- Glaser, B. G. – Strauss, A. L. (1965) *Awareness of Dying*. Chicago, IL: Aldine.
- Geddis-Regan, A. R. – Exley, C. – Taylor, G. D. (2022) Navigating the Dual Role of Clinician–Researcher in Qualitative Research. *Journal of Patient Experience*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2380084421998613>
- Gorer, G. (1955) Pornography of Death. *Encounter*, 5(4), 49–52.
- Gross, R. (2018) *The Psychology of Grief*. London: Routledge.
- Guest, G. – MacQueen, K. M. – Namey, E. E. (2012) *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hay-Smith, E. J. C. – Brown, M. – Anderson, L. – Treharne, G. J. (2016) Once a Clinician, Always a Clinician: A Systematic Review to Develop a Typology of Clinician–Researcher Dual-Role Experiences and Influences. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0203-6>
- Hegedűs K. (2000) *Az emberhez méltó halál*. Hospice. Budapest: Osiris.
- Hegedűs K. (2006) *A hospice ellátás elmélete*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet.
- Hegedűs K. (2017) *Létezik-e jó halál?* Budapest: Oriold és Társai.
- Illich, I. (1976) *Limits to Medicine: Medical Nemesis – The Expropriation of Health*. London: Penguin Books.
- Illouz, E. (2008) *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley: University of California.
- Kastenbaum, R. – Moreman, C. M. (2018) *Death, Society and Human Experience*. New York: Routledge.
- Kaufman, S. R. (2006) *...And A Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago: University of Chicago.

- Kellehear, A. (1984) Are We a 'Death-Denying' Society? A Sociological Review. *Social Science & Medicine*, 18(9), 713–721. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90094-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90094-7)
- Kübler-Ross, E. (1988) *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest: Gondolat.
- Lawton, J. (2000) *The Dying Process: Patients' Experiences of Palliative Care*. London: Routledge.
- Lofland, L. H. (1978) *The Craft of Dying: The Modern Face of Death*. New York: Oxford University.
- Losonczy Á. (2009) *Az ember ideje*. Budapest: Holnap.
- Menzfeld, M. (2018) *Anthropology of Dying. A Participant Observation with Dying Persons in Germany*. Wiesbaden: Springer VS.
- Muszbec K. (2005) *Pszichológia a rákbetegek szolgálatában*. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány.
- Neumann, A. (2017) *The Good Death: An Exploration of Dying in America*. Boston: Beacon.
- Omilion-Hodges, L. M. – Swords, N. M. (2017) Communication Matters: Exploring the Intersection of Family and Practitioner End-of-Life Communication. *Behavioral Sciences*, 7(1), 1–16. <https://doi.org/10.3390/bs7010015>
- Pilling J. (1999) A haldokló pszichés gondozása a haldoklás különböző stádiumaiban. In Pilling J. (szerk.) *A haldoklás és a gyász pszichológiája*. Budapest: Semmelweis Egyetem, 1–14.
- Polcz A. (1989) *A halál iskolája*. Budapest: Magvető.
- Robert, M. – Tradii, L. (2017) Do We Deny Death? I. A Genealogy of Death Denial. *Mortality*, 24(3), 247–260. <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1415318>
- Rose, N. (1996) *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University.
- Saunders, C. (1969) The Moment of Truth: Care of the Dying Patient. In Pearson (szerk.) *Death and Dying: Current Issues in the Care of the Dying Person*. Cleveland: Case Western Reserve University, 49–78.
- Solomon, S. – Greenberg, J. – Pyszczynski, T. (1991) A Terror Management Theory of Social Behavior: The Psychological Functions of Self-Esteem and Cultural Worldviews. In Zanna, M. P. (szerk.) *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 24. San Diego, CA: Academic, 93–159.
- Tinney, J. (2008) Negotiating Boundaries and Roles: Challenges Faced by the Nursing Home Ethnographer. *Journal of Contemporary Ethnography*, (37)2, 202–225. <https://doi.org/10.1177/0891241607312487>
- Tóthné Zana Á. (2009) *A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál? Doktori értekezés*. Budapest: Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Elérhető: <https://doksi.net/hu/get.php?lid=20472> [Letöltve: 2025-05-10].
- Tradii, L. – Robert, M. (2017) Do we deny death? II. Critiques of the Death-Denial Thesis, *Mortality*, 24(4), 377–388. <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1415319>
- Van Maanen, J. (2011) *Tales of the Field: On Writing Ethnography*. Chicago: University of Chicago.
- Walter, T. (1991) Modern Death: Taboo or not Taboo? *Sociology*, 25(2), 293–310.
- Wasow, M. (1984) Get Off My Potato Field: The Biased View of Death and Dying. *Health & Social Work*, 9(4), 261–267. <https://doi.org/10.1093/hsw/9.4.261>
- Zimmermann, C. (2004) Denial of Impending Death: A Discourse Analysis of the Palliative Care Literature. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1769–1780. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.012>
- Zimmermann, C. (2007) Death Denial: Obstacle or Instrument for Palliative Care? An Analysis of Clinical Literature. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 297–314. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00495.x>
- Zimmermann, C. (2012) Acceptance of Dying: a Discourse Analysis of Palliative Care Literature. *Social Science & Medicine*, 75(1), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.047>
- Zimmermann, C. – Rodin, G. (2004) The Denial of Death Thesis: Sociological Critique and Implications for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 18(2), 121–128. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm8580a>

AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS KÉRDÉSE AZ ÓVODAI ÉS ISKOLAI SZOCIÁLIS SEGÍTŐK ÉS A NEVELÉSI, OKTATÁSI INTÉZMÉNYEK KÖZÖTT

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.52>

ABSZTRAKT

A másodlagos szocializációs színteret képező nevelési, oktatási intézményekben, ahol a gyermekek/fiatalok az idejük jelentős részét töltik, a velük kapcsolatos/őket ért traumák, felmerülő problémák vagy akár a mindennapjaikkal, életmódjukkal kapcsolatos kérdések is itt kerülnek felszínre, illetve csapódnak le. Kutatásunk ezzel kapcsolatban vállalkozik az óvodai és iskolai szociális segítők mindennapi tevékenységének feltárására a nevelési, oktatási intézményekben, fókuszálva az ottani kapcsolatrendszerükre – együttműködésükre a pedagógusokkal/oktatókkal, valamint más szakemberekkel – és az azt befolyásoló tényezőkre.

2018-tól az óvodai és iskolai szociális segítséget a Család- és Gyermekjóléti Központok speciális szolgáltatásként működtetik járási szinten. Ennek következtében megjelentek a segítők a nevelési, oktatási intézményekben. Egy új, külsős szakember jelenlétéből adódóan feltételezni lehetett, hogy amint sikerül jobban bekapcsolódniuk az óvodák és iskolák vérkeringésébe, várhatóan nagymértékű látencia táruul majd fel. A vártak megfelelően megemelkedett a gyermekjólét, gyermekvédelem látókörébe kerülő esetek száma, annak ellenére, hogy az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység prevenciós jellegének elsődlegessége az egyéni konzultációk szintjén is fennáll. A gyakorlati munkában ez annyit tesz, hogy a szociális segítő – mint egy átmenetet képezve az anya- és befogadóintézmény között – előzetesen megvizsgálja a problémában érintett gyermek esetét, és amennyiben alapellátás nélkül megoldható nehézségről, elakadásról van szó, segít ebben a családnak és a köznevelési intézménynek.

Az együttműködés kérdése és az azt befolyásoló tényezők feltárásának fontossága megkérdőjelezhetetlen a hatékonyság szempontjából is, melynek elméleti keretét szolgál az ökológiai modellen keresztül, a teammunkán át, a kompetenciahatárok kérdésköre is. Emellett nem hagyhatók figyelmen kívül a jogszabályi keretek, a módszertani útmutató és a tevékenységről szóló protokoll sem.

A kérdőíves felmérés és a kísérleti döntéshozás módszerének keverékeként megjelenő vignetta módszer adatfelvétel mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind a pedagógusok/oktatók irányába kiterjed. Kutatásunk célja vizsgálni mind a segítők, mind pedig a pedagógusok/oktatók intézményen belüli kapcsolódását egymáshoz és más szakemberekhez, továbbá a vignetta által vázolt problémára történő reakciót, beavatkozást és annak lehetőségeit.

A kutatás eredményei egyértelműen azt mutatják, hogy a segítségkérés tényét mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind a pedagógusok/oktatók esetében valószínűsíti a másik fél együttműködési hajlandóságának érzékelt mértéke. Továbbá, míg a szociális segítők segítségkérését nem befolyásolta más szakemberek jelenléte az intézményben, addig a pedagógusok/oktatók esetében az iskolapszichológus, a fejlesztő

¹ Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar.

² Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészeti és Társadalomtudományi Kar.

tőpedagógus, a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, valamint a védőnő jelenléte is növelte a gyermekjóléti rendszertől való segítségkérés valószínűségét.

Kulcsszavak: együttműködés, szociális segítők, pedagógusok/oktatók, integrálódás

THE ISSUE OF COOPERATION BETWEEN SOCIAL WORKERS IN NURSERY SCHOOLS AND EDUCATIONAL INSTITUTIONS

ABSTRACT

In educational institutions, a secondary socialisation area where children/young people spend a significant part of their time, traumas and other problems, or even issues related to their everyday life and lifestyle, are also revealed or precipitated.. In this context, our research aims to explore the everyday activities of social workers in preschools and schools, focusing on their relationships within educational institutions—their cooperation with teachers/educators and other professionals—and the factors that influence these relationships.

As of 2018, social assistance in preschools and schools has been provided at district level as a special service by the Family and Child Welfare Centres, and as a result social workers have appeared in educational institutions. With the presence of these new external specialists, it could be assumed that once they became more integrated into the daily operations of preschools and schools, a large amount of latency would be revealed. As expected, the number of cases has increased, despite the fact that the preventive nature of the activity remains a priority in individual cases. In practice, this means that the social worker, acting as a bridge between the mother and the host institution, first examines the case of the child affected by a problem and, if there is a difficulty or an obstacle that can be resolved without basic care, helps the family and the public education institution in doing so.

The issue of cooperation and the need to focus on the factors that influence it are therefore also of unquestionable relevance in terms of effectiveness, which is also theoretically framed by the ecological model, the issue of competence boundaries and teamwork. The legal framework, the methodological guidelines and the protocol concerning the activity cannot be ignored.

The vignette method of data collection, which is a combination of questionnaire surveys and experimental decision-making, covers both preschool and school social workers and the teachers/educators. The aim of our research is to examine the relationships between support staff and teachers/educators within the institution, as well as their relationships with other professionals, and to examine their responses to and interventions in the problem outlined in the vignette, and the possibilities for such interventions.

Keywords: cooperation, social workers, teachers/instructors, integration

AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS KÉRDÉSE AZ ÓVODAI ÉS ISKOLAI SZOCIÁLIS SEGÍTŐK ÉS A NEVELÉSI, OKTATÁSI INTÉZMÉNYEK KÖZÖTT

BEVEZETÉS

Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység kötelező tevékenységként való megjelenése óta (2018. szeptember 1.) eltelt időszakban amellet, hogy saját magát igyekezett a rendszerbe beilleszteni, számos addig nem látott akadályba is ütközött. Kereste a helyét a nevelési és oktatási intézményekben, a szintén újonnan átalakult gyermekjólét rendszerében, majd igyekezett a Covid19-járvány idején megjelenő újabb ellátandó feladatokat teljesíteni.

2016-ban átalakult a gyermekjóléti szolgálat, létrejöttek a Család- és Gyermekjóléti Központok, ahol 2018-tól az óvodai és iskolai szociális segítést a központok speciális szolgáltatásként működtetik járási szintű tevékenységként. A nevelési és oktatási intézményekben az eddigi nevelési szintéren történő gyermekvédelmi munka nagymértékben átalakult, új külső szakember jelent meg az óvodai, iskolai és kollégiumi szintéren egyaránt. Az iskolákban és óvodákban végzett szociális segítő tevékenység jelenleg szakmai ajánlások által előírt formája legjobban az 1980-as években, Németországban kialakult, gyermekekre irányuló iskolai szociális munka modelljéhez igazodik, ahol a segítő szakember az iskola és a gyermekvédelmi intézmény között közvetítve, velük együtt dolgozva egyéni, csoportos és közösségi beavatkozási szinteken nyújt preventív jellegű segítséget (Máté 2018).

Egy új, külsős szakember jelenléte, aki összeköti a nevelési és oktatási intézményeket az ellátórendszerrel, egyszerre több helyszínen hozott – előzetesen megíósolt – változásokat. A feladat bevezetésének kezdetétől feltételezni lehetett, hogy amint sikerül jobban bekapcsolódniuk a segítő szakembereknek az óvodák és iskolák vérkeringésébe, várhatóan nagymértékű látencia tárul majd fel. Sok esetben ugyanis a köznevelési intézmények „házon belül” igyekeznek megoldani bizonyos helyzeteket, eseteket, a közvetlen kommunikáció a gyermekvédelmi felelősökön keresztül történt, amennyiben volt erre kijelölt pedagógus az intézményben. A vártnak megfelelően megemelkedtek az esetszámok, annak ellenére, hogy az óvodai és iskolai szociális segítő munka prevenció jellegének elsődlegessége az egyéni helyzetekben is fennáll. A gyakorlati munkában ez annyit tesz, hogy a szociális segítő – mintegy átmenetet képezve az anya- és befogadóintézmény között – előzetesen megvizsgálja a problémában érintett gyermek esetét, és amennyiben alapellátás nélkül megoldható nehézségről, elakadásról van szó, segít ebben a családnak és a köznevelési intézménynek (Szabó 2023). Ezzel szemben a szolgáltatás bevezetése után ennyi évvel is még inkább az a jellemző, hogy már alapellátást vagy hatósági intézkedést indoklóan, előrehaladott állapotban, „feltorlódott” problémahalmazzal érkeznek a jelzések az intézményektől.

Sokrétű, sokszínű, komplex elméleti és gyakorlati tudást, rugalmasságot, alkalmazkodást, a hirtelen jött helyzetekre és problémákra való gyors és hatékony reagálást „vár” el ez a fajta speciális hivatás a benne dolgozó szakemberektől. A fent leírtakból is látszik, hogy releváns és aktuális kérdés, hogy mi történik a szakmai

mindennapokban. Hogy állnak helyt és küzdenek meg a szakemberek a terepen rájuk váró feladatokkal? Színes és változatos intézményi paletta, az óvodától egészen a középiskoláig ívelő korosztály, más és más szakmélység a szakemberek között, ettől válik izgalmassá és olykor nehezen megfoghatóvá a segítők mindennapi munkája (Herczeg 2023). A humánerőforráson, a tárgyi feltételeken, a szakmai ajánláson és módszertanon túl – melynek kutatására és kifejtésére jelen tanulmány nem vállalkozik – milyen kapcsolatot ápol a segítő a pedagógusokkal/oktatókkal és tulajdonképpen a nevelési, oktatási intézménnyel? Ezen felül a pedagógusok/oktatók oldaláról is kérdés, hogy a saját intézményekben dolgozó segítővel milyen szakmai, emberi kapcsolatot ápolnak, mennyire érzik, hogy be tudják csatornázni a mindennapjaikba. Mindkét oldal részéről egy adott felmerülő eset/probléma kapcsán: vajon hogyan reagálnak, milyen megoldási módszereket alkalmaznak és kiket vonnának be a folyamatban, illetve kik állnak rendelkezésre, kik elérhetőek az adott intézményekben?

Az óvodai és iskolai szociális segítők és a pedagógusok/oktatók kapcsolódása központi kérdés, hiszen az adott intézményben közősek a gyerekek, családok, akikkel dolgoznak vagy tanítják őket. Közősek a célok, együtt segítik a gyermekeket és fiatalokat, hogy túl tudjanak lendülni az aktuális nehézségeken, legyen az akár életkori sajátosságból vagy más okból fakadó, közösségbe való beilleszkedés támogatása, vagy akár más szakember bevonása. A segítő és az intézmény célja: egymást kölcsönösen támogatva, egy optimális védőháló kifeszítése, mely segítségével a kialakult helyzet vagy probléma a megfelelő, gyors reagálással elindulhat a megoldás útján.

Így kutatásunk fókuszában az óvodai és iskolai szociális segítők és a nevelési és oktatási intézmények közötti kapcsolat áll. A „Min múlik” központi kérdés köré szerveződik a kutatásunk, mely mindkét oldal szemszögéből szeretné feltárni az aktuálisan felmerülő kérdéseket, dilemmákat, a kapcsolódás jó és rossz gyakorlatait. Losonczi Ágnes 1970-es évekbeli életmódkutatásában is a mindennapi létfenntartás kérdéseitől kiindulva jutottak el egészen a családi életig, a gyermeknevelés gyakorlatáig. Továbbá a társadalmi változások és életfordulók nagylélegzetű témában született tanulmányai is fontos kapcsolódási pontot jelentenek jelenlegi tanulmányunkhoz. Kísérletet teszünk az egészségügyhöz, az életmódhoz, az időhöz, és a társadalmi traumákhoz kapcsolódva a társadalmi valóság feltárására. Hiszen az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység a másodlagos szocializációs szintén minden szálon kapcsolódik az egyénekhez, családokhoz, az őket körülvevő társadalmi helyzethez, az életmódhoz, a mentális és fizikai egészséghez, a traumákhoz, hiszen ezen a szintén egy fiatal generáció szemüvegén keresztül érzékelhetik a szakemberek és pedagógusok mindazt, ami aktuálisan velük és a családjaikkal történik. A teammunka során számtalan olyan szakembernek szükséges együttműködnie egymással, akik akár az egészségügy, akár a nevelési és oktatási intézmények, akár a gyermekjólét/gyermekevédelem munkatársai. Az ökológiai szemlélet a kutatásunkban szintén megjelenik, hiszen a gyermek és a fiatal nem önmagában, hanem a környezetével (család, óvoda, iskola stb.) együtt értelmezhető. Hiszen ahogy Losonczi Ágnes is fogalmazott: „[...] az értékrendszer, az életvitel ismerete nélkül nem lehet megérteni semmit [...]” (1977).

ELMÉLETI KERET ÉS SZAKIRODALMI HÁTTÉR

A tevékenység megközelítése

Az óvodai és iskolai szociális segítő mindennapi munkájának hangsúlya a megelőző és megkereső tevékenységen van, szolgáltatásai pedig döntően a nevelési-oktatási intézményekben valósulnak meg, ezért kulcsfontosságúvá válik a szociális segítő és az intézmény közötti együttműködés. A 2019-ben, később 2022-ben kiadott új szakmai útmutató értelmében:

„Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység egy speciális segítségnyújtási forma, mely a szociális munka etikai kódexét betartva, a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával támogatja a gyermeket, a gyermek családját, az iskola, óvoda és kollégium pedagógusait és alkalmazottjait, a jelzőrendszer egyéb tagját (pl.: iskolaőr, védőnő) elsődlegesen a nevelési-oktatási intézmény helyszínén, de ettől eltérően feladathoz és programhoz illeszkedően más helyszínen is” (Belügyminisztérium 2022).

Az óvoda és az iskola mint másodlagos szocializációs közeg normákat közvetít, kortárs kapcsolatot biztosít, s természetesen oktatási-nevelési feladatokat lát el. A nevelési és oktatási intézmények életébe bekapcsolódó óvodai és iskolai szociális segítők mind a gyermekeknek/fiataloknak és a szülőknek, mind a pedagógusoknak segítségére lehetnek. A mindennapokban felmerülő kérdések megválaszolása és a kialakult problémák megoldása érdekében törekednek az optimális védőháló kialakítására. Élhetnek az osztályfőnöki órák nyújtotta lehetőséggel, ahol csapatépítő játékokat, csoportos feladatokat, szerepjátékokat tudnak vezetni, akár a pedagógussal közösen, mellyel az osztály peremére szorult diákot is be tudják vonni. A közös játék növelheti az elfogadást, csökkenheti a *bullying* jelenségét is (Starobinski 2006). A közös játék, együtt gondolkodás, a pozitív visszacsatolások a szorongást és a depresszív tüneteket már attól enyhíthetik, hogy az egyén szimbolikusan megélheti azokat (Benedek 2005, Sarnoff 2004).

A nevelési, oktatási intézményekben megvalósuló szociális munka során a szakma színterei közül megtalálható mind az egyénnel és családokkal való közvetlen segítségnyújtást magában foglaló esetmunka, mind a csoport- és közösségi szintű beavatkozás is (Herczeg 2023, 2024). A különböző szintek együttes jelenléte az ökológiai szociális munka elméleti megközelítésével értelmezhetőek könnyen. Az ökológiai szociális munka, ahogy erre Payne (2014) több helyen is felhívta a figyelmet, nem az elsősorban Dominellihez (2012) köthető *green social work* (környezetfókuszú szociális munka) koncepcióra hagyatkozik, hanem a Perlmanhez (1957) köthető *person-in-situation* (egyén és a környezetének kapcsolata) megközelítés rendszerszemléletű értelmezése.

Ökológiai szemlélet

Az ökológiai szemlélet a bajban lévő egyénre fókuszál, a beavatkozások fókuszában azonban az egyén mellett a vele együtt értelmezhető környezete is megjelenik, különös tekintettel a kapcsolathálózatokra. A rendszerszemléletből ismert folyamatos kölcsönhatások mellett tekintetbe veszi az egyéni és családi életciklusokat is. Fő kérdése az egyén és család környezeti illeszkedése, integrációja. Az egyes szintek közötti folyamatos kapcsolatot a segítő szakember figyelembe veszi. A beavatkozásokat a szintek, rendszerek közötti kölcsönhatás ismeretében tervezi meg és hajtja végre. A Welch-féle humán ökorendszer esetében az egyén áll középpontban és az ökológiai modell is az egyént helyezi figyelve fókuszába (Woods, 1992). Az egyes intéz-

ményi szereplők az egyén jóléte vagy problémája szerint két esetben lehetnek relevánsak: akkor kapcsolódik hozzájuk a segítő, ha

a) az adott intézmény szolgáltatást vagy ellátást nyújt az ügyfelének és ebben a kapcsolatban valamilyen konfliktus keletkezett,

b) az adott intézmény szolgáltatásával az ügyfél máshol keletkezett integrációs nehézsége orvosolható lenne. Tehát az ökológiai szociális munka feltár, összeköt, kapcsolatot erősít, helyrehoz.

Mindezeket a szociális esetmunka módszertanával teszi, azok közül is az esetmenedzsment típusú eljárásokkal. Az esetmenedzsment típusú tevékenységek elméleti megalapozása egyértelműen az amerikai ellátórendszer fregmentáltságához kapcsolható, ahhoz az igényhez, hogy a különböző szolgáltatások közötti koordinációt a szakember támogassa, illetve maga a szociális szakember végezze azt. A menedzsment kifejezés tehát nem a magyarországi nyelvi környezetben (és a hazai gyermekvédelmi jogalkotásban is jelen lévő) felülről történő irányítást, illetve döntéshozást jelenti (Herczeg–Héderné 2023). Ennek értelmében a nevelési és oktatási intézmények „motorja” lehet az óvodai és iskolai szociális segítő és a benne dolgozó pedagógusok/oktatók, akik a gyermekek/fiatalok mindennapjainak aktív résztvevői egy fontos szocializációs színtéren. A szakirodalom abban egyetért, hogy a tanulók mentális egészséggel kapcsolatos igényeinek kielégítésében kiemelten fontos a tanárok és az iskolai szociális munkások közti együttműködés (Lynn–McKay–Atkins 2003, Berzin et al. 2011). Az óvodai és iskolai szociális segítők ugyanis amellet, hogy közvetlen szolgáltatást nyújtanak a rászoruló tanulóknak, közvetett módon – például a tanárokkal való konzultáció révén – hozzájárulhatnak a gyermekek mentális egészségének megóvásához (Kopasz–Balogh–Kiss 2025). Továbbá kiemelt szerepe van a közöttük lévő kapcsolódás minőségének is abban, hogy a gyermekek/fiatalok irányába történő segítségnyújtás hatékonyságának mértéke mennyire magas.

Interprofesszionális, társszakmákkal való együttműködés, kompetenciahatárok

A szociális segítők iskolába való „megérkezésükkel” fontos szerepet töltenek be a jelzőrendszerben, annak hatékony működtetésében jelentős feladat hárul rájuk. Szoros kapcsolatba kerülhetnek az iskolában dolgozó társszakmák képviselőivel, mint például a gyermekorvossal/iskolaorvossal, a védőnővel, az iskolapszichológussal, a gyógypedagógussal, az ifjúsági munkással, a mentálhigiénés tanácsadóval, a közösségfejlesztővel (Homoki–Herczeg 2024). Lényeges, hogy velük partneri alapon zajló együttműködést tudjanak kialakítani, ahol tiszteletben tartják egymás kompetenciahatárait, támogatják egymást a hatékony munkavégzés érdekében (Galuske 2019). Kalocsai és munkatársai (2020) kutatási eredményei rámutattak, hogy az iskolai szociális segítők elvárásként kezelik saját maguk irányába is egy interprofesszionális szolgáltatási rendszer kiépítését és bevezetését, amely által a fent említett célokat el lehet érni. Bozó-Kutyifa Eszter (2020) szintén fontos szerepet tulajdonított az iskolai szociális segítőnek a társszakmákkal történő együttműködés kiépítésénél és az együttműködő rendszer működtetésénél. Hasonló megállapításra jutott Roth (2019) a kutatásában, kiegészítve azzal, hogy javasolt a szakemberek bevonásával gyermekvédelmi teamek létrehozása, mert a feladatok szinergiájának megteremtésével a különböző szakmák szabályainak tiszteletben tartása mellett nagyobb esély teremthető a pozitív változások elérésére. Szecső (2022, 2024) hasonló megállapításokra jutott, de fordított irányból közelítette meg a kérdést. Ő a hatékony szakmaközi együttműködés zálogának és megalapozójának a szociális szakma presztízsének növelését és a szakmai identitás megerősítését látja. Továbbá fontosnak tartja a kompetenciahatárok megfelelő és kellően érthető kommunikációját más szakemberek

irányába, ugyanis mindannyiunk érdeke, hogy hamar elfogadják az intézménybe érkező segítőt. Mindezek hiányában ellenszenv is kialakulhat a szolgáltatás irányába, ami csak a „vendég szerepet” erősíti. Mindezeket alátámasztja Budai (2020) helyzetértékelő elemzése, ahol az interprofesszionális együttműködés előnyeit hangsúlyozta a szociális segítség területén. A tudatosan, szabályok szerint felépített együttműködés elősegíti az egyes szakmák közötti bizalom és elfogadás kiépülését, egymás kompetenciahatárainak pontosabb megismerését és annak tiszteletben tartását, egymás szakmai elismerését. Budai is arra a következtetésre jutott, hogy az iskolai szociális munkásnak képesnek kell lennie csapatmunkát kialakítani és ezt az együttműködést koordinálni a szakemberek között. Azt egyelőre nem látta eldönthetőnek, hogy képes lesz-e ez a munkakör egy koordináló, menedzselő feladatot ellátni a jövőben a hatékony együttműködés keretében.

Korábbi kutatások a tevékenységre vonatkozóan

Ahogy Kopasz Marianna és munkatársai fogalmaztak (2025), Magyarországon az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység 2018-as bevezetése óta átfogó vizsgálat nem készült, néhány kutatás azonban kísérletet tett a segítőik mindennapi munkájának vizsgálatára. Feltártak ezek a kutatások olyan elvárásokat, melyeket a pedagógusok és a szülők várnak el a segítőktől (Csók–Pusztai 2022), továbbá az egyéni, csoportos és közösségi színterek mindennapjaiban zajló munkát (Herczeg 2023, 2024), a kompetenciahatárok kérdését az ellátórendszerben dolgozó szakemberekkel való közös munka során (Bozó-Kutyifa, 2020), illetve az ökológiai modell megjelenését a tevékenység beavatkozási szintjein (Herczeg–Héderné, 2023).

Többek között ezért releváns és központi kérdés, hogy a nevelési és oktatási intézményekben dolgozó pedagógusok/oktatók milyennek ítélik meg a közös munkát, a közös kapcsolódást az óvodai és iskolai szociális segítővel és fordítva. Hogyan működnek külön és együtt egy felmerülő eset/probléma kapcsán és milyen megoldási módokat alkalmaznának és milyen kapcsolódási pontokat találnának ehhez más szakemberekkel?

A KUTATÁS MÓDSZERÉRŐL

Mintavétel és adatgyűjtés

Az óvodai és iskolai szociális segítőkkal, illetve pedagógusokkal/oktatókkal kapcsolatos kutatási kérdéseinket egy nagyobb kutatás részeként vizsgáltuk, mely kevert módszertanon alapszik. Ebben a tanulmányban azonban a kutatás kvantitatív részében szereplő vignetták és az ezzel kapcsolatos kérdésekre adott válaszok kerültek a középpontba mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind pedig a pedagógusok/oktatók részéről (ahol a vignetták és a hozzájuk kapcsolódó kérdések korosztálytól függetlenül megegyeztek). Ennek értelmében a kérdőív utolsó blokkjában vignettamódszerrel vizsgáltuk a szociális szakemberek területi munkája során, explicit módon integrált elméleti háttér mellett – az intézményen belüli kapcsolódás és beavatkozás lehetőségeit és az interprofesszionális együttműködésbe bekapcsolódó hálózati köröket. A kutatás és a jelenlegi tanulmány tehát arra vállalkozik, hogy választ kapjunk arra, mennyire kérnek vizsgálatunk alanyai egyáltalán segítséget az adott helyzet/probléma kapcsán, illetve amennyiben segítséget kérnek, azt a másik féltől kérik-e vagy esetleg más szakemberektől. Továbbá fel szerettük volna tární az információkat a rendelkezésre álló szakemberekről és azok számáról, illetve arról, hogy az adott korosztályban milyen lépéseket tenne mindkét fél az adott valóságból merített eset (valós vignetta) megoldásának érdekében.

A mintavétel során különös hangsúlyt fektettünk arra, hogy célzottan azt a réteget érjük el, akik az adott szakma képviselői. A populáció ismeretének hiányában mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind pedig a pedagógusok esetében a munkáltatót vagy a fenntartót kerestük meg a kitöltés kérésével. Az óvodai és iskolai szociális segítők esetében a Család- és Gyermekjóléti Központok intézményegység vezetőjének kértük a segítségét a kérdőív érintett kollégákhoz való eljuttatásában. A pedagógusok/oktatók esetében célként tűztük ki, hogy az országban minél szélesebb körben, fenntartótól függetlenül eljusson a kérdőív mind a tankerületi központok iskoláihoz, mind pedig a szakképzési intézményekhez, valamint az óvodákhoz, ezzel biztosítva, hogy lehetőség szerint a különböző korosztályokkal foglalkozó pedagógusoktól kapjunk válaszokat (óvoda, általános iskola, középiskola). Ehhez szintén a Család- és Gyermekjóléti Központok intézményegység-vezetőit és az ott dolgozó óvodai és iskolai szociális segítők közreműködését kértük. Megkértük a segítő kollégákat, hogy juttassák el a hozzájuk tartozó nevelési és oktatási intézmények vezetőihez emailben az általunk előre megírt engedélykérést és kérdőívlinket. Ebben a vezetők támogatását és engedélyét kértük a kutatáshoz, és azt, hogy az ott dolgozó pedagógusokhoz/oktatókhoz juttassák el a tájékoztatást és a kérdőívet. Minden válaszadó részletes tájékoztatást kapott a kutatás menetéről és céljáról, és csak az adott tájékoztatás elfogadásának és a kutatásban történő részvételi szándéknak a bejelölése után tudták megkezdeni a kérdőív kitöltését.

A válaszadás több szempontból is esetleges volt: magának az óvodai és iskolai szociális segítő munkakörnek a kiszámíthatatlansága miatt kétséges, hogy egy adott intézményben releváns-e a tevékenységgel kapcsolatos válaszadás (hiszen abban a járásban, ahol humánerőforrás hiányában nincs óvodai és iskolai szociális segítő, onnan válaszadó nem áll rendelkezésre). Ahogy a fentiekben említettük, nehezen megfogható a hétköznapi életben a segítő munkája és a pedagógusokkal való kapcsolódásuk az aktuális munkafolyamat során (Balogh–Kopasz–Kiss 2025). Így csak megkísérelni lehet a feltárást, melyet a későbbiekben érdemes majd finomítani, azonban ez az első olyan hazai feltáró kutatás az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységről, amely a pedagógusok és a segítő szemüvegén keresztül is vizsgálja a hétköznapi közös munkát, és mely hiánypótló adalékot szolgáltat a jelenleg rendelkezésre álló szakirodalomhoz.

Másodsorban a mintavétel sajátosságaként még elmondható, hogy az óvodai és iskolai szociális segítők esetében az intézményegység-vezetők együttműködőnek bizonyultak, ám sok helyről érkezett visszajelzés (emailben, hozzávetőlegesen 15 járásból), hogy segítenének, de humánerőforrás hiányában a járásban nincs szociális segítő kolléga. A pedagógusok esetében sokszor bizonyultak elzárkózónak a vezetők, és mind ők, mind a pedagógusok tehernek és feleslegesnek érezték az ezzel kapcsolatos kutatást.

Összesen 197 területi egységnek (174 járás és 23 fővárosi kerület, melyek tulajdonképpen közigazgatásilag járásként látják el a feladataikat) kerestük fel a Család- és Gyermekjóléti Központjait, melyek elérhetőségei az éves központtalálkozókon történő frissítéseknek köszönhetően hiánytalanok. Nem minden esetben kaptunk email-visszajelzést a központokból, sokszor a válaszként vált láthatóvá, hogy mind segítő szakember, mind pedig a hozzá tartozó nevelési, oktatási intézmények pedagógusai is kitöltötték a kérdőívet az adott járásból. 85 járásból kaptunk válaszokat óvodai és iskolai szociális segítőktől és 52 járásból pedagógusoktól/oktatóktól.

Vignettamódszer

A kérdőíves felmérés és a kísérleti döntéshozás módszerének keverékeként alkalmazott vignettamódszer a kvantitatív kutatási rész utolsó blokkját képezte. Minden válaszadó egyetlen vignettát kapott. A vignetták valós szituációkon (a gyakorlati munka során előforduló eseteken) alapultak korosztályspecifikus bontásban. Mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind pedig a pedagógusok/oktatók ugyanazt a vignettát kapták, a különbség pusztán az volt, hogy milyen típusú intézményben dolgoznak. Ezért három vignetta közül tudtak választani: óvodai, általános iskolai vagy középiskolai eset. A szituációkban szereplő indikátorok a következők voltak: nem; viselkedés; nevelői/pedagógusai és társai irányába tanúsított viselkedés; információ forrása; nem zökkenőmentes válás és egyedüli gyermek. A szöveg érdemben nem tért el egyik korosztálynál sem, pusztán korosztályspecifikus módosításokat tartalmazott. Példaként az alábbiakban az általános iskolai esetet választók vignettáját olvashatjuk, ahol a kiemelt rész utal az indikátorokra (az anonimizálás érdekében a neveket megváltoztattuk):

„Zalán 10 éves. Viselkedésében az utóbbi időben változás tapasztalható. Sokszor zavarja az órát, nehezen fegyelmezhető, ha rászólnak, vehemensen reagál, visszabeszél. A tanárai irányába sokszor agresszív, csapkod, és csúnya jelzőkkel illeti őket. Az osztálytársaival is többször keveredik vitába, ami sokszor verekedéssé is fajul. Több osztálytársát zavarja a nem kiszámítható viselkedése. Ön egy másik szülőtől kapott telefonból értesült az esetről, melyben a segítségét kérte a problémával kapcsolatban. A másik szülő elmondása alapján a kisfiú szülei válnak, egyedüli gyerek és a válás nem feltétlenül zajlik zökkenőmentesen” (valós eset, általános iskola).

Arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen lépéseket tenne a válaszadó a megoldás érdekében, illetve hogy kérne-e segítséget a másik féltől (pedagógus a gyermekjóléttől; segítő az óvodán/iskolán belül), továbbá kiktől kérnének segítséget, ha kérnének, és mennyire tartanák együttműködőnek a másik felet. Azt is megkérdeztük, hogy az adott nevelési és oktatási intézményben milyen szakemberek állnak még rendelkezésre az óvodai és iskolai szociális segítőn kívül. A segítők esetében a leíró statisztikai elemzések alapjául szolgáló demográfiai adatokra vonatkozó kérdések voltak a nem, az életkor, a végzettség, hogy mennyi ideje dolgozik óvodai és iskolai szociális segítőként, valamint hogy melyik járásban végzi a tevékenységet. A pedagógusok esetében szintén a nem, az életkor, az iskolai végzettség, a pedagógus pályán eltöltött évek száma, valamint a nevelési, oktatási intézmény típusa, amelyben a munkáját végzi kerültek megkérdezésre. A valószínűségi kapcsolat feltárására használt többváltozós bináris logisztikus regressziós modellben mind a segítő, mind a pedagógusok esetében függő változóként (dummy) a segítségkérés ténye lett megjelölve (*Kért-e az adott probléma kapcsán segítséget vagy sem a másik féltől?*). A modell független változói között szerepeltek kontrollváltozóként a demográfiai adatok, illetve egy 5-fokú likert skálán mérve, hogy a másik fél (segítő/pedagógus) mennyire lenne segítőképz az adott eset megoldása érdekében. Továbbá nyitott kérdés formájában, hogy milyen szakemberek állnak még az óvodai és iskolai szociális segítőn kívül rendelkezésre az adott nevelési, oktatási intézményben. A nyitott kérdésre adott válaszok kódolhatóak voltak, hiszen az elérhető szakemberek száma és típusa végesnek bizonyult. A vignetták paramétereinek elemzése nem volt cél, hiszen minden válaszadó egy vignettát választhatott, melyek a korosztályspecifikus megfogalmazást kivéve nem különböztek egymástól. Az elemzés során a segítségkérés tényét befolyásoló tényezők feltárása volt a cél a független változók bevonásával. A vignetták kiválasztása esetében arra kértük a szociális segítő válaszadókat, hogy ahhoz az intézménytípushoz tartozó vignettát válasszák, amelyik nevelési, oktatási intézménytípusból a legtöbb tartozik hozzájuk (óvoda, általános iskola, középiskola), hiszen egy segítőhöz az óvodától egészen

a középiskoláig tartozhatnak intézmények, egyszerre több is. A pedagógusok esetében pedig ahhoz az intézménytípushoz tartozó vignettát válasszák, amelyben dolgoznak (óvoda, általános iskola, középiskola).

EREDMÉNYEK

Leíró statisztikai adatok

A mintavétel és az adatgyűjtés eredményeképp az óvodai és iskolai szociális segítők részéről 221 kitöltés érkezett 85 járásból, a pedagógusok/oktatók részéről pedig 121 válasz érkezett 52 járásból. Mindkét esetben a nők voltak többségben, a segítők átlagéletkora 44 év, a pedagógusoké 49, és mindkét csoportban 90% fölötti a tevékenységhez köthető végzettség. A pedagógusok/oktatók átlagosan 21 éve vannak a pályán, míg az óvodai és iskolai szociális segítők 3–4 éve. Átlagosan 7 intézmény és 3 település tartozik egy segítőhöz, ami a kapcsolódás egyik meghatározó oka lehet, hiszen a „darabolódás”, azaz az egyik intézményből a másikba való eljutáshoz szükséges idő radikálisan csökkenti az intézményekre fordítható időt. A pedagógusok átlagosan egy segítő esetében az intézményben hetente eltöltött időt 7 órára tippelték, ezzel szemben a segítők válaszai alapján 17 óra a heti átlag. Voltak azonban pedagógusok, akik nem tudták megmondani, hogy a segítő nagyjából mennyi időt tölt az intézményben, és 13 pedagógus válaszolta, hogy nincs az intézményükben óvodai és iskolai szociális segítő. Arra a kérdésre, hogy töltenek-e plusz időt a kötelezőn túl az adott intézményben, a segítők 75%-a igennel válaszolt, míg a pedagógusok 59%-a szerint tölt náluk az intézményben a segítő a kötelezőn felül időt (1. és 2. táblázat).

1. táblázat. Az óvodai és iskolai szociális segítők általános, tevékenységhez köthető adatai

221 kitöltő 85 járásból	
Nem	91% nő
Életkor	átlag 44 év
Iskolai végzettség	92% a tevékenységhez közvetlenül köthető végzettséggel rendelkezik
Szelmában eltöltött idő	átlagosan 3–5 év
Segítőhöz tartozó települések száma	átlagosan 3 település
Segítőhöz tartozó intézmények száma	átlagosan 7 intézmény
Kötelező ügyeleti idő (óra/hét/segítő)	átlagosan 17 óra
Plusz idő eltöltése az intézményekben	75% tölt a kötelező ügyeleti idő felül plusz időt az intézményekben

Forrás: saját szerkesztés.

2. táblázat. A pedagógusok/oktatók általános, munkakörhöz köthető adatai

121 kitöltő 52 járásból	
Nem	69% nő
Életkor	átlag 49 év
Iskolai végzettség	97% főiskolai/egyetemi végzettséggel rendelkezik szakiránynak megfelelően
Szelmában eltöltött idő	átlagosan 21 év
Pedagógusokhoz tartozó intézmény típusok	55,4% középiskola 34,7% általános iskola 16,5% óvoda
Véleménye szerint a segítő hány órát tölt náluk hetente	átlagosan 7 órát
Tölt-e véleménye szerint a segítő náluk plusz időt	59%-uk szerint igen

Forrás: saját szerkesztés.

A regionális eloszlást tekintve az ország minden régiójából kerültek a mintába szakemberek. Mindkét csoport esetében a Dél-Alföld régióból érkezett a legtöbb kitöltés, a legkevesebb a pedagógusoktól Nyugat-Dunántúlról, az óvodai és iskolai szociális segítőktől pedig Közép-Magyarországról. (3. táblázat).

3. táblázat. A kitöltők regionális eloszlása

A válaszadók százalékos megoszlása régiók szerint		
Régiók	Pedagógusok/oktatók (n=121)	Óvodai és iskolai szociális segítő (n=221)
Nyugat-Dunántúl	5%	13%
Dél-Dunántúl	8%	10%
Észak-Alföld	11%	14%
Észak-Magyarország	11%	19%
Közép-Magyarország	16%	8%
Dél-Alföld	49%	36%

Forrás: saját szerkesztés.

A VIGNETTÁK ALAPADATAI

Az óvodai és iskolai szociális segítők választásai

Az óvodai és iskolai szociális segítők 55%-a (122 fő) az általános iskolához tartozó vignettát választotta, ami azt mutatja, hogy a hozzájuk tartozó intézmények legnagyobb számban általános iskolák (hiszen egy segítőhöz több intézménytípus is tartozhat). 28% (61 fő) választotta az óvodát és 17% (38 fő) a középiskolát. Beszédese és egyben pozitív eredményként említhető, hogy az óvodát és a középiskolát választó segítők 100%-a kérne segítséget szívesen a hozzá tartozó nevelési és oktatási intézménytől, valamint az általános iskolát választók szintén magas arányban (95%, 117 fő) kérnének szintén szívesen. Ugyanígy magasabb bizalomról árulkodik, hogy a segítők minden intézménytípus esetében 73–75% közötti arányban gondolták, hogy a választott esetben az adott intézmény pedagógusai/oktatói segítőkésségek lennének (4. táblázat).

4. táblázat. Az óvodai és iskolai szociális segítők választott vignettáinak eredményei

Intézménytípus-választás (n=221)	
Óvoda	61 választás (28%)
Általános iskola	122 választás (55%)
Középiskola	38 választás (17%)
Segítségkérés az intézményen belül (akik kérni szoktak)	
Óvoda	61 választás (28%)
Általános iskola	117 választás (53%)
Középiskola	38 választás (17%)
Mennyire lennének az adott esetben a pedagógusok együttműködőek	
Óvoda	75,4% szerint lennének inkább együttműködőek
Általános iskola	73% szerint lennének inkább együttműködőek
Középiskola	73,7% szerint lennének inkább együttműködőek

Forrás: saját szerkesztés.

A pedagógusok/oktatók választásai

A pedagógusok/oktatók 51%-a (62 fő) a középiskolához tartozó vignettát választotta, ami azt jelenti, hogy a hozzá tartozó intézmény a középiskola volt (egy pedagógushoz/oktatóhoz több intézménytípus is tartozhatna, de a mintánkban erre nem volt példa). 34%-uk (41 fő) választotta az általános iskolát és 15%-uk (18 fő) az óvodát. Az óvodát jelölők 50%-a (9 fő), az általános iskolát választók 46%-a (19 fő), valamint a középiskolát jelölők 69%-a (43 fő) válaszolt igennel arra a kérdésre, hogy kérne-e segítséget az adott eset kapcsán a gyermekjólétben/gyermekvédelemben dolgozóktól. Az óvodában dolgozók 61,1%-a, az általános iskolában dolgozók 68,3%-a, illetve középiskolában dolgozók 88,7%-a szerint lennének inkább együttműködők az óvodai és iskolai szociális segítők az adott esetben (5. táblázat).

5. táblázat. A pedagógusok/oktatók választott vignettáinak eredményei

Intézménytípus-választás (n=121)	
Óvoda	18 választás (15%)
Általános iskola	41 választás (34%)
Középiskola	62 választás (51%)
Segítségkérés a gyermekjólétben/gyermekvédelemben dolgozóktól (akik kérni szoktak)	
Óvoda	9 választás (7%)
Általános iskola	19 választás (16%)
Középiskola	43 választás (36%)
Mennyire lennének az eset kapcsán az óvodai és iskolai szociális segítők együttműködők	
Óvoda	61,1% szerint lennének inkább együttműködők
Általános iskola	68,3% szerint lennének inkább együttműködők
Középiskola	88,7% szerint lennének inkább együttműködők

Forrás: saját szerkesztés.

A segítség igénybevétele és az együttműködés mértékének, illetve a rendelkezésre álló szakembereknek a kapcsolata

Bináris logisztikus regresszió segítségével, többdimenziós modell keretében vizsgáltuk, hogy a segítségkérést mely változók valószínűsíthetik. A függő változó a modellalkotáshoz szükséges feltételt teljesítve dummy változóként szerepel az elemzésben (igénybe vesz-e segítséget vagy sem), független változóként a másik fél együttműködésének mérését egy hatfokú Likert-skála biztosította (a magasabb pontszám jelenti a nagyobb mértékű együttműködést). A rendelkezésre álló szakemberekkel kapcsolatos nyitott kérdés könnyen kódolható volt, így szintén dummy változóként szerepel az elemzésben (mivel a szakemberek száma fizikailag is véges). A pedagógusok/oktatók által egyértelműen kódolható és említett szakemberek a következők voltak (11 különböző szakember): iskolapszichológus, védőnő, fejlesztő pedagógus, iskolaorvos, gyermekvédelmi felelős, gyógypedagógus, lelkész, iskolaőr, könyvtáros, óvodai és iskolai szociális segítő, szociálpedagógus. A szociális segítők pedig a következő szakembereket említették (7 különböző szakember): iskolapszichológus, védőnő, fejlesztő pedagógus, gyermekvédelmi felelős, gyógypedagógus, iskolaőr, pedagógiai asszisztens. Mind az óvodai és iskolai szociális segítők, mind a pedagógusok/oktatók esetében a regressziós modell alkalmazásakor a forward módszert alkalmaztuk a stabilabb modell érdekében, így azok a változók maradtak benne a végső modellben, melyek ténylegesen megőrzik a modell szignifikanciáját, kiküszöbölve mellette a más elemzési módokból adódó másodfajú hibát.

Az óvodai és iskolai szociális segítők eredménye

Az eredményekből látható, hogy az óvodai és iskolai szociális segítők nevelési, oktatási intézményen belüli segítségkérését valószínűsíti a pedagógusok/oktatók együttműködésének mértéke. A többváltozós modell ebben az esetben szignifikáns ($p=0,021$), a találatarány 97,7% és az esélyhányados $\text{Exp}(B)=4,102$, melynek 1-nél nagyobb volta pozitív értelemben, ténylegesen a segítségkérést valószínűsíti, 0,123 Nagelkerke pszeudo magyarázóerő mellett. Továbbá a segítség igénybevétele és a rendelkezésre álló más szakemberek jelenléte nem mutat szignifikáns összefüggést, azaz nincs kapcsolatban a segítségkérés azzal, hogy kik az elérhető más szakemberek a nevelési, oktatási intézményekben (6. táblázat).

6. táblázat. Az óvodai és iskolai szociális segítőkkel kapcsolatos bináris logisztikus regresszió eredménye

n=221	Többváltozós modell**				
	Segítség igénybevétele (0=nem; 1= igen)				
	Magyarázóerő (R^2)*	Változó szignifikanciaértéke (p)	Modell szignifikanciaértéke (p)	Találatarány (%)	Esélyhányados ($\text{Exp}(B)$)
Pedagógusok együttműködésének mértéke	0,123	0,029	0,021	97,7%	4,102
Milyen szakemberek állnak még rendelkezésre az intézményben (0=nem; 1= igen)	Egyik fent említett 7 különböző szakemberrel sincs szignifikáns összefüggés.				

* minden esetben a Nagelkerke pszeudó R^2 figyelembevételével

** a többváltozós modellnél forward-módszer alkalmazása

Forrás: saját szerkesztés.

A pedagógusok/oktatók eredménye

Az eredményekből látható, hogy a pedagógusok/oktatók esetében a gyermekjólétben/gyermekvédelemben dolgozóktól történő segítségkérés igénybevitelét valószínűsíti az óvodai és iskolai szociális segítők együttműködésének mértéke, illetve a rendelkezésre álló más szakemberek jelenléte is. Más szakember esetében a segítségkérést valószínűsítette az iskolapszichológus, a fejlesztőpedagógus, a gyermek és ifjúságvédelmi felelős és a védőnő jelenléte az adott nevelési, oktatási intézményben. A modell egészére vonatkozó mutatók alapján a modell maga szignifikáns ($p=0,009$), a találatarány 95,8%, a Nagelkerke pszeudo értéke pedig 0,292. Az óvodai és iskolai szociális segítők együttműködése kapcsán a változó szignifikanciaértéke $p=0,031$ és az esélyhányados $\text{Exp}(B)=3,123$, melynek 1-nél nagyobb volta ténylegesen a segítségkérést valószínűsíti. Továbbá a segítség igénybevétele és a rendelkezésre álló más szakemberek jelenléte a többváltozós modellben az iskolapszichológus esetében a változó szignifikanciaértéke 0,022, az esélyhányados $\text{Exp}(B)=2,265$; fejlesztőpedagógus esetében a változó szignifikanciaértéke 0,003, az esélyhányados $\text{Exp}(B)=1,134$; a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős esetében a változó szignifikanciaértéke 0,011, az esélyhányados $\text{Exp}(B)=1,021$; a védőnő esetében pedig a változó szignifikanciaértéke 0,035, az esélyhányados $\text{Exp}(B)=2,356$ (7. táblázat).

7. táblázat. A pedagógusok/oktatókkal kapcsolatos bináris logisztikus regresszió eredménye

n=121	Többváltozós modell**				
	Segítség igénybevétele (0=nem; 1= igen)				
	Magyarázó- erő (R^2)*	Változó szignifikancia- értéke (p)	Modell szignifikancia- értéke (p)	Találatarány (%)	Esélyhányados (Exp(B))
Óvodai és iskolai szociális segítőik együttműködésének mértéke	0,292	0,031	0,009	95,8%	3,123
Rendelkezésre álló szakemberek az adott intézményekben (11 különböző szakember) (0=nem; 1= igen)					
Iskolapszichológus	0,292	0,022	0,009	95,8%	2,265
Fejlesztőpedagógus		0,003			1,134
Gyermek- és ifjúságvédelmi felelős		0,011			1,021
Védőnő		0,035			2,356

* minden esetben a Nagelkerke pszeudó R^2 figyelembevételével

** a többváltozós modellnél forward-módszer alkalmazása

Forrás: saját szerkesztés.

HASONLÓ LÉPÉSEK, MELYEKET A VÁLASZADÓK TENNÉNEK AZ ADOTT ESET MEGOLDÁSÁNAK ÉRDEKÉBEN, KOROSZTÁLY SZERINTI BONTÁSBAN

Az óvodai és iskolai szociális segítőik lépései

Nyitott kérdésre adott válaszként a segítőknél lehetőségük volt hosszabban is megfogalmazni gondolataikat. A segítők minden beavatkozási szinten, továbbá az óvodától egészen a középiskoláig említették a szakma sajátosságait és a legjellegzetesebb lépéseket, melyben megjelenik a felelősségük mint jelzőrendszeri tag. Egyéni, csoportos és közösségi beavatkozási szinteken végzett mindennapi tevékenységből és módszerekből is merítenek, mint például a rogersi szemléletben hangsúlyos elfogadás, pozitív megerősítés és értő figyelem, az ökológiai modell, mely az együttműködésbe bekapcsolható hálózati köröket mozgatja, akár jelzés útján, akár optimális védőháló biztosítása érdekében. A delegálás is kulcsfontosságú, hiszen a megfelelő szakember bevonása elengedhetetlenné válik, amikor a segítő kompetenciahatárán túlmutat egy probléma vagy egy kialakult helyzet. Ekkor megjelenik a teammunka kiemelt szerepe a segítő folyamat során, hiszen a szociális segítő igyekszik olyan más szakembereket bevonni, akik az adott folyamat adott pillanatában hatékonyan tudják az esetet előremozdítani. A vignetták problémafelvetéséből adódóan komplex rálátást és szemléletet kíván a segítőtől az adott helyzet megoldása. A Welch-féle humán ökörendszert és a módszertani útmutatót figyelembe véve a gyermek sem önmagában, hanem a környezetével együtt érthető meg igazán, így a másodlagos szocializációs szintén felmerülő problémák esetében is több módszer egyidejű alkalmazása is lehetséges. Ennek értelmében az óvodai és iskolai szociális segítőik mind az egyéni (beszélgetés a gyermekkel), mind pedig a csoportos (érzékenyítés, osztálykohézió) beavatkozási szinten egyaránt segítik a kialakult helyzet megoldását. A válaszokban megnyilvánul továbbá a korosztályspezifitásk: minél idősebb a gyermek, annál inkább előtérbe kerülnek az egyéni konzultációk, azonban ez már óvodában is értelmezhető beavatkozási forma. A szülőkkel, pedagógusokkal való párhuzamos kapcsolattartás minden korosztályi szinten jellemző volt, akár a delegálást követően is mint utánkövetés. A válaszokból kiemelünk egy-egy komplexebb megoldási módot, melyet a segítő a nyitott kérdésekre adott válaszokban megfogalmaztak:

Óvoda:

„Gyermek viselkedésének megfigyelése a csoportban, konzultáció óvodapedagógussal, szülővel, jelzés a Családsegítő Szolgálat felé, folyamatos kapcsolattartás a családsegítővel.” (nő, 30 éves)

„Felkeresném a szülőket, beszélnék velük akár több alkalommal, alkalmanként az óvónőkkel együtt. A gyermeket delegálnám pszichológushoz, és ezzel párhuzamosan én is segítő beszélgetésben segíteném. Az óvónőket is folyamatosan segíteném a gyermekkel kapcsolatos problémák hatékony kezelésében.” (nő, 41 éves)

Általános iskola:

„Egyéni konzultáció, szülőkkel beszélgetés, szorongáscsökkentő, dühkezelő foglalkozások, iskolapszichológussal kapcsolatfelvétel.” (nő, 49 éves)

„Egyéni segítő beszélgetést folytatnék a diákkal, majd megkérném az osztályfőnököt, hogy vegye fel a kapcsolatot a szülőkkel, ha kell adja meg elérhetőségemet. Valamint mondja el a szülőknek, hogy fordulhatnak hozzám bizalommal, ha segítségre lenne szükségük.” (nő, 48 éves)

Középiskola:

„Konzultálnék a megjelölt szakemberekkel, a szülőkkel, a gyerekkel segítő beszélgetéseket folytatnék. Belátásom szerint delegálnám szakemberhez.” (nő, 36 éves)

„Felvenném a kapcsolatot a fiú osztályfőnökével, a fiúval egyéni beszélgetést kezdeményeznék. Az osztályfőnökkel egyeztetve konzultációt kezdeményeznék a szülőkkel. Ha az iskolában nincs pszichológus, a szülők beleegyezésével az intézményünkben foglalkoztatott pszichológushoz delegálnám a fiút. Az érintett osztályban érzékenyítő foglalkozást tartanék a válás témaköréhez kapcsolódóan, feladatok segítségével próbálnám erősíteni a csoportkohéziót.” (nő, 52 éves)

Összesítve és kategorizálva a válaszokat, a legtöbbször elhangzott megoldásokat címszavakban, intézménytípusokra lebontva a 8. táblázat tartalmazza.

8. táblázat. Az óvodai és iskolai szociális segítőik legjellemzőbb megoldásai intézménytípusonként a válaszok gyakorisága alapján*

Óvoda	Általános iskola	Középiskola
Családsegítő/gyámhivatal segítségének kérése	Hospitálás	Iskolán belüli megoldás
Beszélgetés szülővel	Delegálás	Gyerekekkel/fiatalokkal sok egyéni beszélgetés
Óvodapedagógus segítségének kérése	Jelzés megtétele	Sikertelenség esetén szülők bevonása
Csoportfoglalkozás tartása	Csoportfoglalkozás tartása	Iskolapszichológussal beszélgetés (ha van)
Védőnő segítségének kérése	Beszélgetés szülővel	Beszélgetés az osztályfőnökkel
Mindkét fél vezetése/segítése	Beszélgetés a pedagógusokkal	Gyermekevédelmi felelős (ha van)

*Az azonos színek az azonos vagy hasonló eszközöket jelölik.

Forrás: saját szerkesztés.

A PEDAGÓGUSOK/OKTATÓK LÉPÉSEI

Szintén nyitott kérdésre adott válaszként lehetősége volt a pedagógusoknak/oktatóknak is hosszabban megfogalmazni a gondolataikat. Több alkalommal megjelent az iskolán belüli megoldási mód és az a szokás, hogy a problémát magunk oldjuk meg házon belül. Tapasztható azonban egy nyitás, amikor több szakember neve is megjelenik, többek között az óvodai és iskolai szociális segítőké is. Az alapadatokból látszik, hogy a pedagógusok/oktatók átlagosan 21 éve vannak a szakmában, ezért egy ilyen jellegű esetre számtalan megoldási mód áll rendelkezésükre a módszertani eszköztárukból, mégis a teammunka esetén már tudatosan benűk más szakemberek elérhetősége is, akik egy másik szemléletet és nézőpontot hozhatnak be, amely mindkét fél gondolkodásmódját és eszköztárát gazdagíthatja. Nem beszélve arról, hogy mentálisan és pszichésen minden szakember erősebb a szakmaközi együttműködés során. Hiszen, ahogy már hangsúlyoztuk, a gyermekek és fiatalok sem magukban, hanem a környezetükkel együtt értelmezhetőek, így mind a szakemberek, mind a pedagógusok is a szakmán belüli és a szakmák közötti együttműködés révén válnak hatékonyabbá és erősebbé. A delegálás itt is kulcsfontosságú, melynek során a kompetenciahatárok szintén megjelennek és mérlegelésre kerülnek. A válaszokból ebben az esetben is kiemelünk egy-egy komplexebb megoldási módot, melyet a pedagógusok/oktatók a nyitott kérdésekre adott válaszokban megfogalmaztak:

Óvoda:

„Óvodapszichológust ajánlanék, fogadóórán szociális segítőt a szülőknek, valamint csoportfoglalkozást kérnék tőle.” (nő, 44 éves)

„Csak saját berkeken belül a kollégákkal. Senkinek kívül semmi köze hozzá.” (nő, 62 éves)

Általános iskola:

„Osztályfőnökként tartanék olyan ofőórákat, ahol csoportosan is tudnék foglalkozni velük, illetve külön azzal az egy fővel is.” (férfi, 42 éves)

„Osztályfőnök, érintett kollegák, ped.asszisztens, iskolapszichológus, iskolavezetés bevonása. Később gyermekvédelem.” (nő, 59 éves)

Középiskola:

„Osztályfőnökök, tanító pedagógusok felkeresése, szülővel kapcsolatfelvétel + tanulóval való beszélgetés, illetve az iskolai szociális segítővel, iskolapszichológussal való konzultáció.” (férfi, 43 éves)

„Elbeszélgetés az adott diákkal, a sértett diákkal, a problémás diák osztálytársaival, barátaival, az osztályban tanító kollégákkal, kérném a családsegítők segítségét (és elküldeném iskolapszichológushoz, ha lenne).” (nő, 55 éves)

Szintén összesítve és kategorizálva a válaszokat, a legtöbbször elhangzott megoldásokat címszavakban, intézménytípusokra lebontva a 9. táblázat tartalmazza.

9. táblázat. A pedagógusok/oktatók legjellemzőbb megoldásai intézménytípusonként a válaszok gyakorisága alapján*

Óvoda	Általános iskola	Középiskola
Óvodapszichológus	Hospitálás	Iskolán belüli megoldás
Beszélgetés szülővel	Delegálás	Gyerekekkel/fiatalokkal sok egyéni beszélgetés
A gyerek játékaának figyelése	Beszélgetés a gyerekekkel	Szülő és az érintett kollégák bevonása
Csoportfoglalkozás tartása	Csoportfoglalkozás tartása	Iskolapszichológussal beszélgetés (ha van)
Fejlesztőpedagógus segítsége	Beszélgetés szülővel	Osztályfőnöknek jelzés

*Az azonos színek az azonos vagy hasonló eszközöket jelölik.

Forrás: saját szerkesztés.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunk során a 2018-ban bevezetett óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység és a nevelési-oktatási intézmények közötti együttműködés kérdését vizsgáltuk, hangsúlyozva a másodlagos szocializációs szintén felmerülő gyermekkori problémák kezelését. Feltárára került a segítő és a pedagógusok/oktatók mindennapi kapcsolatrendszer, valamint az azt befolyásoló tényezők, mint például a kompetenciahatárok és a teammunka jelentősége. Egy kvantitatív, vignettamódszeren alapuló felméréssel vizsgáltuk, hogy a segítő és a pedagógusok milyen mértékben kérnek segítséget egymástól vagy más szakemberektől egy valós esethez kapcsolódóan, és ehhez milyen megoldási lépéseket alkalmaznak.

Az eredmények azt mutatják, hogy a segítségkérést mindkét fél esetében valószínűsíti a másik fél együttműködési hajlandóságának érzékelt mértéke. Az elemzés bemutatja továbbá a segítő és a pedagógusok közötti kölcsönös bizalom és szakmai integrálódás aktuális helyzetét.

Az óvodai és iskolai szociális segítő mint az ellátórendszer új szereplői, átlagosan mindössze 3,5 éves szakmai tapasztalattal rendelkeznek, szemben a pedagógusok/oktatók átlagosan 21 éves pályán töltött idejével. A segítő munkáját jelentősen megnehezíti a feladat megosztottsága, mivel átlagosan 7 intézmény és 3 település tartozik egy segítőhöz. Ez a „darabolódás” nagymértékben csökkenti az intézményekben eltölthető időt, ami kihat a vérkeringésbe való bekerülésre és az integráció lehetőségére. Ennek ellenére a segítő 75%-a tölt a kötelező ügyeleti időn felül plusz időt az intézményekben.

A kutatás feltáró jellegéből fakadóan hiánypótló, mivel a bevezetése óta nem készült átfogó vizsgálat a tevékenységről, és a rendelkezésre álló szakirodalomban (pl. Kopasz–Balogh–Kiss 2025) is csak elvétve történtek próbálkozások a pedagógusok és segítő közös munkájának vizsgálatára. A bináris logisztikus regresszió eredményei mindkét fél esetében egyértelműen azt mutatják, hogy a segítségkérés tényét valószínűsíti a másik fél együttműködésének mértéke. A segítő az eredmények alapján magasabb bizalommal vannak a pedagógusok felé (73% feletti együttműködési hajlandóságot feltételeznek), ami az új szakemberek részéről természetes folyamat lehet a befogadás reményében. A pedagógusok/oktatók esetében a gyermekjóléti rendszertől való segítségkérést szintén az óvodai és iskolai szociális segítővel való együttműködés mértéke valószínűsíti. A segítő segítségkérését azonban nem valószínűsította más szakemberek jelenléte az intézményben. A pedagógusok/oktatók esetében viszont a segítségkérést valószínűsította több szakember jelenléte is, mint az iskolapszichológus, a fejlesztőpedagógus, a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, valamint a védőnő. Ez arra

utalhat, hogy a pedagógusok számára ezeknek a már régebben beágyazott szakembereknek a munkaköre és funkciója egyértelműbben értelmezhető, a közös munka eddigi megtapasztalásán alapulhat, melynek tényleges okát és mélységét a későbbiekben egy másik kutatás keretén belül célszerű vizsgálni.

Az óvodai és iskolai szociális segítők megoldási javaslatai a szakma sokrétűségét mutatják, megjelenik bennük a jelzőrendszeri tagként való felelősségük is. A segítők érdemnek az egyéni, csoportos és közösségi beavatkozási szintekből (melyek feltárásával más tanulmányok is foglalkoztak, pl. Herczeg 2023, 2024). Kulcsfontosságú a delegálás, amely a kompetenciahatárok kényes kérdését is felveti. A szakirodalom egyetért abban, hogy a hatékonyság érdekében alapvető az interprofesszionális együttműködés és a kompetenciahatárok tiszteletben tartása (Galuske 2019, Bozó-Kutyifa 2020, Budai 2020). A pedagógusok körében továbbra is gyakori, hogy a problémát „házon belül” igyekeznek megoldani, saját belső eszköztáruk mozgósításával. Mindazonáltal tapasztalható egy nyitás, ahol megjelenik a teammunka fontossága, és a pedagógusok is említik más szakemberek bevonását (pl. segítők, pszichológus), továbbá a segítőknél és a pedagógusoknál is hasonló megoldási módokkal találkozhattunk a példák során. A vignetták által felvázolt helyzet megoldása az indikátorok mentén, mint a válás, a magatartási probléma vagy a *bullying* megkívánja a különböző beavatkozási szinteken végzett munkát mind a segítőtől, mind a pedagógusoktól egyaránt. Nem megkerülhető a gyermekkel kétszemélyes helyzetben való problémafeltárás, illetve az osztály/csoport edukálása és a beilleszkedés segítése a felek számára. A bizalmi légkör, az értő figyelem elengedhetetlen, segíti az együttműködést. A szülők, pedagógusok/segítők, más szakemberek bevonása is ezt segíti, hiszen az óvodán, iskolán belül kapott segítség átültetése a mindennapokba nagyon fontos, mivel minél több embertől és a lehető legtöbb gyermeket/fiatalt érintő közegben sikerül támogatást adni, annál valószínűbb, hogy egy optimális védőháló alakulhat ki, melyben hosszú távú megoldás születhet.

A kutatás eredményei azonban korlátokkal rendelkeznek a mintavételből fakadóan, hiszen a populáció ismeretének hiányán kívül a kitöltési és együttműködési hajlandóság is vegyes képet mutatott. Az óvodai és iskolai szociális segítők nyitottabbak a téma iránt és együttműködőbbek voltak a kitöltés terén is, mint a nevelési, oktatási intézményben dolgozó pedagógus/oktató kollégák. Volt, ahol bizonyos indokokkal, legtöbbször a leterheltségre hivatkozva történt vezetői elutasítás, máshol a kollégáknak ugyan kiküldték a kréta rendszeren keresztül a kérdőívet, de ők nem töltötték ki azt. A segítők részéről többször volt akadály a humánerőforrás hiány. A nyitott kérdésekre adott válaszokban, ahogy fentebb is említettük, megjelentek negatív és pozitív értelemben vett kritikák is.

Összességében elmondható, hogy az óvodai és szociális segítő tevékenység megjelenése óta mind a segítők, mind a nevelési, oktatási intézmények sok mindenben mentek keresztül (pl. Covid19-járvány) azon felül, hogy a megjelenő új tevékenység integrálása és a szakemberekkel való együttműködés is új és komplex feladatuk lett. A fenti eredmények, ahogy említettük, egy nagyobb lélegzetű kutatás részeredményei, ennek ellenére körvonalazódni látszik az egymásba vetett bizalom alakulása, látszódnak a kapcsolódás jelei, hol intenzívebben, hol kevésbé, de ennek komplexitása és megítélése számos olyan faktor figyelembevételét kívánja, melyek egy része még a mai napig a szakemberek és pedagógusok mindennapjaiban vár feltárássra és megértésre. Ezáltal tanulmányunk bővíti a mindennapi munka során tapasztaltakról szóló tudományos eredményeket, amire eddig más kutatás nem vállalkozott, csak elvétve történtek próbálkozások. Egy azonban már most biztos, amit egy segítő és egy pedagógus egymástól függetlenül, több vármegyéni távolságra egymástól fogalmazott meg: közősek a gyermekeink, közös a célunk, ismerjük meg egymást, úgy az összefogás is könnyebb lehet!

HIVATKOZÁSOK

- Benedek L. (2005) *Játék és pszichoterápia*. Budapest: Könyvfakasztó.
- Berzin S. C. – O’Brien K. H. – Frey A. – Kelly M. S. – Alvarez M. E. – Shaffer G. L. (2011) Meeting the social and behavioral health needs of students: rethinking the relationship between teachers and school social workers. *The Journal of School Health*, 81(8), 493–501. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00619.x>
- Bozó-Kutyifa E. (2020) „Vendég a háznál” – Az óvodai és iskolai szociális segítő szerepe és dilemmái. *Szociálpedagógia*, 16, 83–98.
- Budai I. (2020) Az iskolai szociális munka (segítés) egyetemes paraméterei. *Szociálpedagógia*, 16, 7–30.
- Csók C. – Pusztai G. (2022) Parents’ and teachers’ expectations of school social workers. *Social Sciences*, 11(10), 487. <https://doi.org/10.3390/socsci11100487>
- Dominelli, L. (2012) *Green Social Work*. Cambridge: Polity.
- Galuske M. (2019) *A szociális munka módszerei*. Bányai E. (szerk.) Budapest: L’Harmattan Kft.
- Herczeg V. (2023) Óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység gyakorlati tapasztalatai az egyéni beavatkozási szinten. *Esély: Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*, 34(1), 63–80. <https://doi.org/10.48007/esely.2023.1.4>
- Herczeg V. (2024) Óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység tapasztalatai csoportos és közösségi szinten. *Esély: Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*, 35(1), 49–63. <https://doi.org/10.48007/esely.2024.1.3>
- Herczeg V. – Héderné Berta E. (2023) Bevezető gondolatok az óvodai és iskolai szociális munka lehetőségeiről. *Új Pedagógiai Szemle*, (11–12.), 64–74.
- Homoki A. – Herczeg V. (2024) Multiteam a szociális esetmunkában mint indirekt beavatkozási forma. Multiteam gyakorlat a humánsegítő képzésben. *Szociálpedagógia*, 23, 161–175.
- Kalocsai A. – Pátkainé Szmulai R. – Tisztli H. (2020) Az óvodai és iskolai szociális munka bevezetésének tapasztalatai szolgáltatásvezető, szakmai koordinátor és a szolgáltatást gyakorló szociális munkás összegzésében. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 7(2), 1–17. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2020.7/2/6>
- Kopasz M. – Balogh K. – Kiss M. (2025) Változatok az iskolán belüli szociális munkára. Egy kvalitatív kutatás eredményei. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 1, 1–30 <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.1.1>
- Losonczy Á. (1977) *Az életmód az időben, a tárgyakban és az értékekben*. Budapest: Gondolat.
- Lynn C. J. – McKay M. M. – Atkins M. S. (2003) School Social Work: Meeting the Mental Health Needs of Students through Collaboration with Teachers, *Children & Schools*, 25(4), 197–209, <https://doi.org/10.1093/cs/25.4.197>
- Máté Zs. (2018) Iskolai szociális munka. *Párbeszéd: Szociális munka folyóirat* 5(3), 1–22. <https://doi.org/10.29376/parbeszed/2018/3/2>
- Payne M. (2014) *Modern Social Work Theory 4th ed.* Oxford: Oxford University.
- Perlman H. (1957) *Social casework, a problem solving process*. Chicago: University of Chicago.
- Roth G. (2019) Az óvodai-iskolai szociális segítő tevékenység bevezetése a Soproni járás köznevelési intézményeiben. Képzés és Gyakorlat: *Neveléstudományi folyóirat*, 17(3–4), 241–248. <https://doi.org/10.17165/TP.2019.3-4.21>
- Sarnoff C. A. (2004) *Symbols in Structure and Function Volume 3* – Symbols in Culture, Bloomington: Art and Myths. Xlibris.
- Starobinski J. (2006) *1789 – Az értelem jelképei*. Budapest: Európa.
- Szabó L. (2023) Az óvodai és iskolai szociális segítés megvalósulása Budapest XVII. kerületében. *Szociálpedagógia*, (21), 155–158.
- Szecskó J. (2022) Iskolai szociális munka Magyarországon és Nagy-Britanniában. *Különleges Bánásmód – Interdiszciplináris folyóirat*, 8(2), 57–71. <https://doi.org/10.18458/KB.2022.2.57>
- Szecskó J. (2024) Az iskolai szociális segítő tevékenység tapasztalatai a kutatások tükrében. *Különleges Bánásmód – Interdiszciplináris folyóirat*, 10(2), 19–30. <https://doi.org/10.18458/KB.2024.2.19>
- Woods, R. (1992) A szociális munkások tevékenységeinek egy lehetséges rendszerezése. In „Pokolra kell annak menni...” (Periferia *Seria 1.*) Budapest: Népjóléti Minisztérium, 16–35.

EGYÉB HIVATKOZÁSOK

- Belügyminisztérium (2022) Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység módszertani útmutatója. Budapest: Belügyminisztérium. Elérhető: <https://szocialisportal.hu/wp-content/uploads/2022/10/Az-ovodai-es-iskolai-szocialis-segito-tevekenyseg-modszertani-utmutatoja-2022..pdf>. (Kaszáné Tóth). [Letöltve: 2025-05-20].

KISDI BARBARA¹

És „AMI AZÓTA TÖRTÉNT...”

A szüléskultúra változásai Magyarországon Losonczi Ágnes vizsgálatait követően

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.71>

ABSZTRAKT

Magyarországon Losonczi Ágnes volt az első, aki a társadalomtudományok területén a szülés minőségének kérdésével (is) foglalkozott, amely széles spektrumú munkásságában beágyazódott a szülés társadalmi meghatározóit és az egészségügy anomáliáit feltáró kutatási programjába. Felismerte, hogy a gyermek születésének körülményei között a szülészeti ellátás és a társadalmilag is beágyazott medikális szemlélet is vizsgálандó terület, ezért kutatásvezetőként is fontosnak tartotta ezt a területet is bevonni az elemzésbe. A 2009-ben megjelent *Az ember ideje* című kötetben Losonczi összegző módon írt a korábbi nagyívű kutatás óta eltelt időszakról (*Ami azóta történt...*), a szülészeti és a társadalmi környezet változásairól és ezek viszonyáról, utána azonban figyelme más területek felé fordult. Azóta is sok minden történt. Az alternatívnak tekintett módszerek lassan beszivárogtak a hivatalos ellátórendszerbe, ám a szemlélet lassan változik – mind az egészségügy, mind a társadalom esetében. Az elvi lehetőségek mögötti gyakorlati működés, illetve az egészségügyi szereplők és az anyák tapasztalata rendkívül összetett és ellentmondásos, amelynek hátterében kognitív konfliktusok húzódnak. Az elmúlt közel húsz évben kulturális antropológusként vizsgáltam a modern és posztmodern szüléskultúra viszonyát, a vitákat, az érintettek reakcióit, a változások társadalmi beágyazottságát. Egyetemi (szociológus) hallgatóim bevonásával több tematikus kutatási projekt keretében jártuk körül a szülési attitűdök, a szülésélmény, az otthonszülés, a dúláság, az apai értelmezések, a szülésznők helyzetének, illetve a 2021-es egészségügyi átalakítás tapasztalatainak témáját. A munka alapvetően kvalitatív módszerekkel zajlott, zajlik (mélyinterjú tematikus elemzéssel, résztvevő megfigyelés, netnográfia, folyamatos interakció a szülés ügyét alakító egészségügyi, szociális, tudományos és mozgalmi aktorokkal), de 2017-ben kérdőíves felmérést is készítettünk dúlák körében (n=95), illetve Földházi Erzsébettel közösen a 2021-es változásokkal kapcsolatos anyai tapasztalatok mérésére az interjú mellett kérdőívet is használtunk (n=1019), miként jelenlegi, otthonszülés-kutatásunkban is vegyes módszert alkalmazunk. Jelen tanulmányomban a szülés humanizálásának nemzetközi törekvései és a magyar szülészeti politika áttekintése után néhány, Losonczi Ágnes által kijelölt téma mentén a fenti kutatásokra támaszkodva elemzem a magyar szüléskultúra változásait.

Kulcsszavak: szüléskultúra, szülészeti ellátás, gyermekszülés, szülészeti mozgalmak

¹ Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK, Szociológiai Intézet.

AND “WHAT HAS HAPPENED SINCE THEN...”

Changes in childbirth culture in Hungary since the research of Ágnes Losonczi

In Hungary, Ágnes Losonczi was the first scholar in the field of social sciences to address the issue of the quality of childbirth, embedding it within her wide-ranging body of work and within a research programme exploring the social determinants of childbirth and the anomalies of the healthcare system. She recognised that both obstetric care and the socially embedded medical approach to childbirth were areas worthy of investigation, therefore, as research leader, she considered it essential to include this area in the analysis. In her volume, *The Time of Man* (2009), Losonczi offered a comprehensive reflection on the period that had passed since the previous large-scale research (“What has happened since then...”), discussing the transformations in obstetrics, the changing social environment, and their interrelations. Since then, much has changed. Methods once considered alternative have slowly infiltrated the formal care system, but attitudes are still changing only gradually — both within healthcare and in society at large. However, the practical implementation of the theoretical possibilities and the experience of healthcare professionals or mothers are extremely complex and contradictory, with cognitive conflicts lurking in the background. Over the past two decades, as a cultural anthropologist, I have examined the relationship between modern and postmodern birth cultures, the debates surrounding them, the responses of the actors involved, and the broader social embeddedness of change. With the involvement of my university (sociology) students, we explored topics such as attitudes toward childbirth, birth experiences, home birth, doula work, paternal interpretations, the situation of midwives, and the experiences of the 2021 healthcare reform, within several thematic research projects. The work has been, and continues to be, based primarily on qualitative methods—including in-depth interviews with thematic analysis, participant observation, netnography, and continuous interaction with healthcare, social, scientific, and activist actors shaping the field of childbirth. In 2017, we also conducted a survey among doulas (n=95), and together with Erzsébet Földházi, we combined interviews with a questionnaire study (n=1019) to assess maternal experiences related to the 2021 changes. Similarly, our current home birth research employs a mixed-method approach. In my study, following an overview of international efforts to humanize childbirth and of Hungarian obstetric policy, I analyse the transformations in Hungarian childbirth culture along some of the themes identified by Ágnes Losonczi, drawing upon the aforementioned research findings.

Keywords: birth culture, maternity care, childbirth, alternative birth movements

És „AMI AZÓTA TÖRTÉNT...”

A SZÜLÉSKULTÚRA VÁLTOZÁSAI MAGYARORSZÁGON LOSONCZI ÁGNES VIZSGÁLATAIT KÖVETŐEN

BEVEZETÉS ÉS KUTATÁSI HÁTTÉR

Magyarországon Losonczi Ágnes volt az első, aki a társadalomtudományok területén a szülés minőségének kérdésével (is) foglalkozott, amely széles spektrumú munkásságában beágyazódott a szülés társadalmi meghatározóit és az egészségügy anomáliáit feltáró kutatási programjába. Hangsúlyozta, hogy a szülés kulturálisan meghatározott folyamat, és felismerte, hogy a gyermek születésének körülményei között a szülészeti ellátás és a társadalmilag beágyazott medikális szemlélet is vizsgálendő terület, ezért kutatásvezetőként fontosnak tartotta ezt a területet is bevonni az elemzésbe.² A *kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben* (1988), majd az *Utak és korlátok az egészségügyben* (1998) című művekben részletesen elemezte, miként torzítja az egészségügyi ellátást a sokszintű és kölcsönös bizalomvesztés és kiszolgáltatottság, ami ma is rányomja a bélyegét a szülés és születés eseményére, miként azt a rendszerváltozás idején maga is elemezte (Losonczi 1991). Az 1980-as években még kevés lehetőség volt az alternatív szülési módok vizsgálatára, amelyeket Czenky Klára (1988) összegzett a Losonczi által vezetett kutatás eredményeit összefoglaló első zárókötetben. Ám a 2009-ben megjelent *Az ember ideje* című munkában Losonczi összegző módon írt a korábbi nagyívű kutatás óta eltelt időszakról (*Ami azóta történt...*), a szülészetben és a társadalmi környezetben történt változásokról és ezek viszonyáról. Ezután azonban figyelme más területek felé fordult.

Azóta is sok minden történt. Ahogyan a továbbiakban majd részletesen kifejtem, az alternatívnak tekintett módszerek lassan beszivárogtak a hivatalos ellátórendszerbe, 2011-ben rendeletben szabályozták az otthonszülést, ám a szemlélet lassan változik – mind az egészségügy, mind a társadalom esetében. Az orvosi beavatkozások aránya és a császármetszési ráta jóval a WHO ajánlásaiban szereplő értékek felett van és emelkedik, s bekerült a köztudatba a szülészeti erőszak fogalma. 2021-ben betiltották a hálapénz nyújtását és elfogadását és jelentősen megemelték az orvosbéreket, ám ezzel párhuzamosan megszűnt a szakemberválasztás lehetősége az állami szülészetben. Noha az utóbbi megoldás a nemzetközi trendeket követi, kivitelezése számtalan kritikát szült mind szakmai, mind felhasználói oldalon. Mindeközben növekszik a női szülészorvosok aránya a fiatal szülészgenerációban, elvben lehetővé vált a szülésznők várandósgondozása és önálló szülésvezetése, intézményesült bábapraxisok működnek félig-meddig az ellátórendszerbe integrálva, pszichológiai szemléletű egyetemi továbbképzéssel egészíthető ki a szülészeti ellátórendszerben dolgozók tudása, néhány intézményben már szívesen fogadják a dülákat, s a nők számára kimeríthetetlen mennyiségű – ám ennek megfelelően áttekinthetetlen és rendkívül sokféle szemléletű – információt biztosít az online tér. Az elvi lehetőségek mögötti gyakorlati működés, illetve az egészségügyi szereplők és az anyák tapasztalata azonban rendkívül összetett és ellentmondásos, amelynek hátterében kognitív konfliktusok húzódnak.

² A Losonczi Ágnes által vezetett kutatócsoportok reprodukcióval kapcsolatos vizsgálatait két kötetben jelentek meg Hanák Katalin szerkesztésében (1988, 1991).

Ebben az írásomban arra teszek kísérletet, hogy saját kutatási kompetenciáimon belül reflektáljak néhány gondolatra, amelyeket Losonczi Ágnes 2009-ben fölvetett. Magam az elmúlt közel húsz évben kulturális antropológusként vizsgáltam a modern és posztmodern szüléskultúra³ viszonyát, a tudástranszfer folyamatait, a diskurzusok egymásra hatását, a változások társadalmi beágyazottságát. Egyetemi (szociológus) hallgatóim bevonásával több tematikus kutatási projekt keretében jártuk körül a szülési attitűdök, a szülésélmény, az otthoni szülés, a dúláság, az apai értelmezések, a szülésznők helyzetének, illetve a 2021-es egészségügyi átalakítás tapasztalatainak témáját. A munka alapvetően kvalitatív módszerekkel zajlott, zajlik (mélyinterjú tematikus elemzéssel, résztvevő megfigyelés, netnográfia, folyamatos interakció a szülés ügyét alakító egészségügyi, szociális, tudományos és mozgalmi aktorokkal). Emellett 2017-ben végeztünk egy kérdőíves felmérést dülák körében (n=95), illetve Földházi Erzsébet szociológus kollégám bevonásával a 2021-es változásokkal kapcsolatos anyai tapasztalatok mérésére az interjú mellett kérdőívet is használtunk (n=1019), miként jelenlegi, otthoni szülés-kutatásunkban is vegyes módszert alkalmazunk. Jelen szöveg olyan áttekintést kíván nyújtani, ami korábbi kutatásaimon alapszik (Kisdi 2013, 2016, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023, Kisdi–Földházi 2024.).

Losonczi 2009-ben – ami utólag visszatekintve a modern és a posztmodern szüléskultúra folyamatos interakciójának forrongó időszaka volt – úgy látta, hogy a szülés területén végbemenő változásokat a női mozgalmak, a haladó szellemű perinatális szakemberek és az információ nyilvánossága biztosítják, de változatlan problémaként írta le a valódi választási lehetőség hiányát, a kiszolgáltatottságot, a bizalmatlanságot és az egyenlőtlenségeket. Tanulmányomban e szempontok alapján tárgyalom az azóta eltelt időszak eseményeit, de ehhez először ki kell térnem a szülés humanizálásának nemzetközi történetére, illetve a magyar szülészeti politikára.

A SZÜLÉS-SZÜLETÉS HUMANIZÁLÁSA

Vészjelzők: császármetszés és szülészeti erőszak

A különböző irányú demográfiai válságok és az alulról szerveződő szülésmozgalmak szerte a világon felerősítették azokat a törekvéseket, amelyek a szülés minőségének javítását célozzák, hogy pozitívan befolyásolják a szülészeti mutatókat, a nők és a magzatok szülésélményét, ezzel pedig a korai kötődést és a megszülető gyermekek életminőségét (O'Connor 1993, Davis-Floyd 2003, Goer 2004, Colvin 2022). Az összetett problémák közül most kettőt emelek ki, a császármetszés generálisan növekvő arányát (Boros 2021) és a szülészeti erőszak jelenségét.

Nemzetközi szinten az 1990-es évek óta egyre több kutatás hívja föl a figyelmet a császármetszés lehetséges hosszú távú negatív hatásaira, amely növeli a gyermekben az asztma, az ekcéma, az allergia, az 1-es típusú diabétesz, a bronchitisz, a sclerosis multiplex, a gyermekkori leukémia, a hererák és az elhízás kockázatát (Dahlen et al. 2013, idézi Varga 2019:278), amelyek további egészségügyi problémákat generál-

3 A nyugati világban a modern szüléskultúra a 20. század közepére váltotta föl a premodern szüléskultúra elveit és gyakorlatait a szülés orvosi felügyeletének kiterjesztésével valamennyi szülésre vonatkozóan, ami vitathatatlan pozitív egészségügyi következményei mellett a szülések elidegenedéséhez, elmedikalizálódásához és külső irányításához vezetett. Ennek ellentmondásait kritika alá vonva nőtt ki a modern szüléskultúrából a 20. század második felében az általam posztmodern szüléskultúrának nevezett, rendkívül heterogén rendszer, amely szakmai legitimációkra építkezve alternatív társadalmi mozgalmak formájában bontakozott ki. A téma részletes elemzését lásd: Kisdi 2019.

hatnak. A császármetszéssel szülő anyák körében magasabb a posztpartum depresszió⁴ aránya, gyakrabban küzdenek szoptatási problémákkal, ez pedig negatívan hat a kötődésre és a gyermek bizonyos készségeire (Héjja-Nagy 2020). Noha a császármetszés ma már biztonságos és sok esetben életmentő műtétnek számít, így létjogosultsága nem kérdőjelezhető meg, egyre növekvő aránya sok kérdést vet föl. A WHO adatai alapján a 10–15 százalékos feletti császármetszési arány sehol a világon nem csökkenti az anyai és magzati halálozás arányát, és nem magyarázható orvosi indokokkal.⁵ 2017-es adatok szerint Európában ez az arány Cipruson volt a legmagasabb (55%), Hollandiában a legalacsonyabb (16%) (Boros 2021), ami jelzi a szüléskultúra normatív, kulturálisan meghatározott jellegét. Magyarország a kelet-közép-európai régiókra jellemző módon, emelkedő tendenciát mutatva, szintén a magas császármetszés-frekvenciájú országok közé tartozik. A magánkórházak szülészetein – amelyek adatai nem szerepelnek az országos összesítésekben –, ennél is magasabbak a császármetszési mutatók: 2024-ben Magyarországon majdnem elérte a 70%-ot,⁶ de az OKF⁷ tájékoztatása szerint a magánkórházak által közölt adatok visszaellenőrzésére nincs törvényes lehetőségük.

1. táblázat. A császármetszési ráta alakulása 2015 és 2024 között az állami ellátásban

Év	Szülések száma (db)	Császármetszés (db)	Császármetszési arány (%)
2015	89 152	34 289	38,46
2016	89 232	34 999	39,22
2017	88 632	35 716	40,30
2018	86 241	35 437	41,09
2019	84 749	35 612	42,02
2020	88 644	36 328	40,98
2021	87 210	35 437	40,63
2022	82 753	33 700	40,72
2023	79 429	32 453	40,86
2024	71 701	29 820	41,59

Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő⁸

A császármetszés növekedésének hátterében összetett egészségügyi és társadalmi okok állnak, amelyek kifejtésére e helyütt nincs mód, de bizonyos, hogy a technokrata szülészeti szemlélet, a preventív orvosi beavatkozások, az orvos- és szülésznőképzés biomedikális szemlélete, a nő társadalmi státusza, a hierarchikus viszonyrendszer a szülészetben, a nők félelmei, illetve a defenzív orvoslás kényszere is hozzájárulnak (Wagner 2010, Tussing–Wojtycz 1997, Chen et al. 2018, Dweik 2019).

A szülészeti erőszakot, bár még nem használva a kifejezést (*obstetric violence*), már az 1990-es években súlyos problémaként nevezték meg a szülő nők kiszolgáltatottságát megfogalmazó kritikák (Davis-Floyd 1993, Rich 1995, Kitzinger 2005). Az első törvény, amely a fogalmat említi, így a probléma létezését elis-

4 A posztpartum depresszió a szülést követő, hosszú időn át fennmaradó, esetleg fokozódó lehangolt, instabil lelkiállapot.

5 Elérhető: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?sequence=1> [a tanulmányban hivatkozott valamennyi weboldal letöltési, illetve ellenőrzési ideje: 2025-06-04].

6 Közérdekű adatigénylés alapján (a pontos arány 69,17%). A tendencia itt is emelkedő: van olyan magánkórház, ahol 100 %-os a császármetszés aránya.

7 Országos Kórházi Főigazgatóság.

8 Elérhető: https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megeleozo_ellatas/szakellatas/fekvobeteg_szakellatas_minosegi_indikator/casazarmetszesek.

meri, Venezuelában született 2007-ben.⁹ Eszerint a szülészeti erőszak „dehumanizált bánásmódként, illetve gyógyszerekkel való visszaélésként fejeződik ki, továbbá a szülés fiziológiai folyamatának kóros eseménnyé alakítását is magában foglalja” (Hajdu 2025:7–8). 2015-ben a WHO,¹⁰ majd 2019-ben az ENSZ¹¹ is világméretű problémaként ismerte el a jelenséget. A kifejezést magyar nyelven Garai Mixi bába definiálta a Magyar Szociológiai Társaság 2016-os konferenciáján, mint „minden olyan beavatkozás és bánásmód, mely a szülő nő beleegyezése (gyakran tudta) nélkül, illetve akarata ellenére történik vele vagy újszülöttjével, a szülészeti ellátás bármely szakaszában, ideértve a várandósgondozást, a szülés folyamatát és a gyermekágyas időszakt is. Az emberi méltóság, a betegjogok, a szülő nő önrendelkezési jogának megsértése hatalmi pozícióból” (Garai 2016). Mint Garai rámutatott, „a szülészeten, szülés közben elszenvedett erőszak hatásai, későbbi tünetei azonosak a nemi erőszakéval, elsősorban a PTSD-vel,¹² emellett nagyon megnehezítik az anya–gyerek kötődést [...], jelentősen csökkentik a további gyerekvállalási kedvet, megnehezítik a szülők adaptálódását az új szerephez”. Hosszú távon tehát a társadalom mentális egészségét rombolják. Noha a fogalom eredetileg szélesebb jelentésű (O’Brien–Rich 2022), általában a fenti értelemben használatos.

Társadalmi és szakmai válaszok: szülésmozgalmak és szülészeti ajánlások

A technokrata szüléskultúra térhódítására reagálva a 20. század második felében az újító szellemű perinatális szakemberek (elsősorban Lamaze 1956, Bradley 1974, Leboyer 1975, Odent 1984) elméleteiből és gyakorlataiból kiindulva alternatív társadalmi mozgalmak keretében indult el a változások követelése. Ezek elvei és gyakorlatai aztán a fogyasztói igények és a politikai lehetőségek, a civil társadalom erőssége, a nők érdekérvényesítő képessége és lehetősége, illetve a professzionális szülészet progresszivitásának és befogadóképességének függvényében kisebb-nagyobb mértékben és mélységben beszívárogtak a hivatalos szülészeti ellátásba, amelyet Davis–Floyd (2003) humanizált szüléskultúrának nevezett.

A nyugati országokban – gyakran nemzetközi összefogással – az alternatív szülésmozgalmak¹³ hatására és széles társadalmi bázisra építkezve nagyobb lendülettel az 1990-es években indult meg a szülészet reformja különféle szakmai ajánlások megfogalmazásával, amelyek – a magzat érdekein túl felismerve az anya jóllétének jelentőségét a szülés kimenetelére és a szülészeti mutatók javítására – eleinte az anya, majd a család egészségének érdekeire fókuszáltak. A szoptatástámogatást fókuszba állító bababarát kórház kezdeményezéseket idővel kiegészítette a baba-mama-barát szemlélet. Az elmúlt húsz évben több nemzetközi ajánlás látott napvilágot. A legfontosabbak közé tartozik a Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (*International MotherBaby Childbirth Initiative* – IMBCI 2008),¹⁴ a WHO ajánlások – Pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátás (*Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* – WHO

⁹ Elérhető: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>.

¹⁰ Elérhető: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=9F267D5C92CE857479A-65191EC48979D?sequence=1

¹¹ Elérhető: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?v=pdf>

¹² Poszttraumás stressz szindróma (*post-traumatic stress disorder*): szorongásos zavar, ami traumatikus eseményeket követően alakulhat ki (Elérhető: <https://www.pszichiatriaikozpont.hu/korkepek/hangulatzavarok/ptsd>)

¹³ Az alternatív kifejezés eleinte a medikális normától való eltérésre, majd a lehetőségek közötti választásra utalt, de teoretikusai paradoxonnak tartják, hogy a szülés természetes folyamatának támogatására használatos az alternatív szó.

¹⁴ <http://imbc.com/> (Magyarul: https://m.cdn.blog.hu/sz/szuletesmese/image/imbc_emberi_jogok_hu.pdf).

2018),¹⁵ a Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (*International Childbirth Initiative* – ICI 2019),¹⁶ illetve az angol *National Institute for Health and Care Excellence* ajánlása.¹⁷ Valamennyi hangsúlyozza, hogy a szülés társadalmi, családi esemény, hogy a szülő nő viselkedése nem értelmezhető korábbi ismeretei, élményei, elvárásai, illetve szocializációs környezetének ismerete nélkül, s hogy a szülés minőségének egyik kulcsa a folyamatos és személyre szabott társas támogatás, illetve a tiszteletteljes és az anya mentális állapotát figyelembe vevő kommunikáció. A megszokáson és a tekintélyen alapuló, meghaladott rutin eljárások helyett szorgalmazzák a tudományosan alátámasztható (*evidence-based*) gyakorlatok bevezetését, illetve általánosítást, amely magában foglalja a szülészeti beavatkozások csökkentésére való törekvést és a normális szülés¹⁸ támogatását.

A SZÜLÉSZET POLITIKÁJA MAGYARORSZÁGON

A történelmi helyzet úgy hozta, hogy Magyarországon a 2009 óta eltelt időszak nagy részében – 2010 óta – ugyanaz a politikai erő irányít. Az Orbán-kormány pronatalista szemlélete kiemelt kérdésként kezeli a reprodukciót, s noha a szülés elsősorban demográfiai problémaként foglalkoztatja, a magát családbarát kormányként definiáló vezetés több olyan – családbarát jelzővel ellátott – programot írt ki,¹⁹ amely magában hordozta a pozitív változás lehetőségét a szülészetben is. A régről görgetett problémák – az egészségügy finanszírozási rendszere, a kórházi adósságok, a szakemberhiány, a leterheltség, a szakdolgozók anyagi és társadalmi megbecsülésének hiánya, a betegek kiszolgáltatottsága és a betegutak kiszámíthatatlansága, az átlátható és egyértelmű ellenőrző- és visszajelzőrendszer, illetve a hozzáférhető statisztikák hiánya, a medicina defenzív jellege,²⁰ az egészségügyi oktatás problémái, továbbá a leendő szülők szüléssel kapcsolatos ismeretei, szocializációja és ebből adódó elvárásai stb.²¹ – miatt azonban ezek sok esetben inkább formai, mintsem tartalmi eredményeket értek el (a szülőszobák felújítása például megtörtént, de a szemléletformálás és a továbbképzések keveseket értek el, amihez azonban a Covid19-járvány is hozzájárult).

15 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (Magyarul: <https://szoptatas.info/sites/default/files/WHO-pozitiv-szuleselmenyt-celzo-ellatas-ajanlasok-tablazat-2018.pdf>).

16 <https://icichildbirth.org/initiative/> (Magyarul: <https://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf>).

17 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations> és korábbi változatai. Tudomásom szerint magyar fordítása nincs.

18 Normális szülés alatt a medikális beavatkozásoktól mentes, élettani szülés értendő (Novák 2015).

19 A témáról bővebben a „Családbarát” rendelkezések részben írok.

20 A defenzív medicina (DM) (védekező orvoslás) koncepciója az orvosok által nyújtott összes olyan orvosi ellátásra vonatkozik, amely elsősorban nem a beteg érdekeit szolgálja, hanem az egészségügyi intézményrendszer védelmét, a pereskedés kockázatának megelőzését. Ez a vizsgálatok túlbiztosításában, a keresztellenőrzések sokaságában és az egészségügyi bürokratikus kontrollban is megjelenik, ami a szülés esetében a szülés elmedikalizálódásához vezet (Losonczi 1988:64–65, Kakemam et al. 2022). Ahogy Losonczi fogalmazott: „ez pedig nem a gyógyítás jobbítását hozza magával, hanem az adminisztratív elhárítás kidolgozásának emberterhelő és emberről elterelő figyelmét” (1988:65).

21 Ezek a problémák, amelyeket Losonczi kulcskérdésként kezelt – mint később rámutatok – ma is terhelik az egészségügyi ellátást. A jelenkori helyzet orvosszakmai reflexiójaként lásd a Magyar Orvosi Kamara (MOK) főtitkárnak cikkét (Svéd 2021), amelyben az általános egészségügyi ellátás nehézségeiként szintén e témákat tárgyalja.

Az intézeten kívüli szülés legalizálása

A tárgyalt időszak első határkövét az intézeten kívüli szülés legalizálása jelentette, amely bár addig sem volt tiltott, szabályozatlansága révén a szűrkezőnaban működött. Az, hogy egy marginálisnak tekintett nőjogi küzdelem elérte a nagypolitikát, szimbolikus jelentőséggel bírt, hiszen ezzel elismerték a szüléssel kapcsolatos döntési lehetőség – és ezzel a mögötte álló értékrend és szemléletmód – létjogosultságát. A Losonczy (1991, 1998) által felvázolt történeti-társadalmi változások, továbbá az, hogy két női politikus is az ügy mellé állt,²² elindította és továbbblendítette az intézeten kívüli szülést szabályzó rendelet megalkotását, amit az otthonszülésben dolgozó szakemberek a rendszerváltozás óta szorgalmaztak (bővebben: Kisdi 2013). A szülés szakma erős megosztottsága²³ okán a munka lassan haladt, majd reflektorfénybe állította az otthonszülés hazai úttörője, Geréb Ágnes doktornő elleni eljárás²⁴ (bővebben: Kisdi 2013), illetve a Ternovszky kontra Magyarország néven elhíresült per (lásd: Dute 2011).²⁵ Végül 2011 márciusában megszületett az intézeten kívüli szüléseket szabályozó rendelet.²⁶ Noha ezt azóta többször is módosították, még mindig ír elő olyan kötelezettséget a bábák²⁷ számára, amihez nekik nincs jogosultságuk,²⁸ illetve még ma sem rendelkezik az otthonszülésben segédkező szakemberek speciális képzéséről, mivel a rendelet nem különbözteti meg az intézeti és az intézeten kívüli szülés szakmai szemléletét. Noha a rendelet előkészítésekor Horváth Ágnes egészségügyi miniszterasszony is amellet érvelt, hogy az egyenlő hozzáférés jegyében az otthonszülést is a társadalombiztosítás által kell elérhetővé tenni (Horváth 2016:75), ez máig nem valósult meg. Továbbá hivatalosan még ma sincs tervben születésházak létrehozása, illetve ezek feltételrendszerének kidolgozása, noha ezirányú javaslat is született már nem csak nőszervezeti, hanem – országos szülészeti szakfelügyelői kezdeményezésként – orvosi irányból is.²⁹

22 Horváth Ágnes egészségügyi miniszter (2007–2008), majd a következő kormányzatban Horváth Ildikó egészségügyi államtitkár. Utóbbi a szabályozás idején a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségpolitikai Főosztályának főosztályvezetője volt.

23 Először 1999-ben közölte állásfoglalását az otthonszülés ellen a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (Papp 1999), majd 2002-ben és 2007-ben, de 2008-ban már a szabályozás szükségessége mellett foglaltak állást. Forrás: <http://www.babanet.hu/publ/otthonszulesrol.htm>.

24 Dr. Geréb Ágnes, 17 évnyi klinikai tapasztalattal rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvos, pszichológus és szülésznő, a magyarországi otthonszülés mozgalom kulcsfigurája ellen 2009-ben három, az otthonszüléssel összefüggésbe hozott magzati, illetve gyermeki haláleset miatt indított eljárást a Pesti Központi Kerületi Bíróság. A hosszan elhúzódó pert éles hangú viták keretezték hazai és nemzetközi viszonylatban is a doktornő felelősségével és az otthonszülés létjogosultságával kapcsolatban, de 2011-ben, néhány héttel az intézeten kívüli rendelet megszületése után a bíró halált okozó, foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés, valamint maradandó fogyatékoságot okozó, foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés miatt két év letöltendő fogházbüntetésre ítélte Geréb Ágnest, s további öt évre eltiltotta szakmája gyakorlásától. A védelem a köztársasági elnökhöz fordult kegyelemért, amit 2012-ben Áder Jánostól meg is kapott.

25 Egy anya azért fordult először a magyar Alkotmánybírósághoz, majd az Emberi Jogok Európai Bíróságához a Társaság a Szabadságjogokért szervezet segítségével, mert az állam nem biztosította a biztonságos otthonszüléshez való jogát (Dute 2011).

26 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100035.kor#ljb8id9c5c>

27 Ebben a szövegben a könnyebb követhetőség érdekében a *szülésznő* fogalom alatt a kórházi, *bába* alatt az intézeten kívüli szülésznőket értem annak ellenére, hogy megkülönböztetésük messze nem ilyen egyértelmű. Ennek kifejtése azonban messzire vezetne.

28 A legnagyobb problémát a gyógyszerelési előírások és azok alkalmazásának egyidejű tiltása jelenti. A bábák szorgalmazzák a tapasztalatok fényében a rendelet – beígért – felülvizsgálatát, de ez máig nem történt meg. Ugyanakkor az orvos esetleges bevonásának lehetősége miatt van magyarázat arra, hogy olyan gyógyszerek előírását is tartalmazza a rendelet, amelyet a bába nem használhat.

29 Ennek ellenére létezik két – egymástól sokban különböző – születésházként funkcionáló helyszín, amelyek (a nemzetközi – ám korántsem egységes – gyakorlat szerint) az intézeten kívüli szülésekre vonatkozó rendeletben foglaltaknak felelnek meg (a

„Családbarát” rendelkezések

A születésszámok növelése érdekében a Magyar Kormány 2018-ban meghirdette a Családbarát Szülészeti Pályázati Programot, ami a családbarát szemléletet és a szülésélmény fontosságát hangsúlyozta, ám az első körben csak infrastrukturális fejlesztésekre lehetett pályázni.³⁰ A következő évben (s eddig utoljára) egy olyan szülészorvos javaslatára, aki iskolateremtő módon eddig is a családbarát szülészet³¹ elvei szerint dolgozott, továbbképzési célú pályázatok is indultak, amihez több oktatóintézmény kapcsolódott, amelyek szoros kapcsolatban álltak a programot támogató orvosokkal. A Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság (MPPOT) például 19 képzést kínált kétévestől egynapos időtartamig, amelyek kifejezetten a szemléletváltást és a posztmodern szüléskultúra elveinek és megoldáskészletének megismertetését célozták többnyire olyan témákban, amelyek eleve képzési palettájukba tartoztak.³² A képzések megtartását nagyban nehezítette az ekkor jelentkező Covid19-járvány, lévén a tanfolyamok egy része szakmai szempontból sem volt átültethető az online térbe, illetve az egészségügyi dolgozók megnövekedett leterheltsége gyakran a tanfolyamok elvégzésének rovására ment. Mindemellett a szervezők gyakran tapasztalták, hogy az intézményekből delegált beosztott dolgozók³³ nem tudták pontosan, milyen képzésre érkeznek, és sokszor nem vette a munkáltató figyelembe a képzés időpontjait a műszakbeosztásnál. Ez a résztvevők motivációjára is hatással volt, azonban az utólagos értékelésben³⁴ a képzések hiánypótló voltát hangsúlyozták. Az MPPOT mellett a Szoptatásért Magyar Egyesület, a Mellette a Helyem Egyesület, illetve a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete is kínáltak képzéseket, a laktációs ismeretek hangsúlyával.

Új szülészeti irányelvek

Politikai szándék kellett ahhoz, hogy létrejöjjön egy olyan szülészeti irányelv, ami az élettani szülésekre³⁵ vonatkozóan javasol követendő mintákat a nemzetközi ajánlások (elsősorban a NICE)³⁶ alapján. Korábban az élettani szülés vezetésére vonatkozó irányelv nem létezett, ám 2015-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) létrehozott egy rövid ideig működő munkacsoportot, amelynek eredeti feladata az önálló szülésznői munkát segítő irányelv kidolgozása volt, de a tervezetet a szülészeti szakmai kollégium³⁷ nem támogatta. Amikor Horváth Ildikó került az egészségügyi államtitkári székbe (2018), újabb egyeztetést sürgetett. A szülészeti szakmai kollégium által megírt változat minisztériumi elvetése után, amely nem közelített a nemzetközi normákhoz, a normális szülést támogató progresszív szemléletéről ismert Bálint Balázs szü-

Budai Perinatális Központ, valamint az Életfa Bábapraaxis által működtetett gödi születésház).

30 Lásd: 1098/2018. (III. 19.) Korm. Határozat a családbarát kormányzati intézkedésekről – forrás: <https://njt.hu/jogszabaly/2018-1098-30-22>; www.koppmariaintezet.hu/downloads/20180710/Beneda%20Attila%20-%20Csaladbarat%20szulészet.pdf

31 Családbarát szülészeti, alternatív szülészeti, bábai szemlélet, holisztikus szülésmodell – valamennyi elnevezés a szülés demedikalizációját és bio-pszicho-szociális rendszerszemléletét hangsúlyozza.

32 <https://www.mpppot.hu/tevekenysegek/csaladbarat-szuleszeti-palyazati-program>

33 A pályázat keretében többségében szülésznők és ápolók vettek részt a képzéseken, de kisebb részben jelen voltak szülészorvosok, általános orvosok, újszülött- vagy gyermekgyógyászok, rezidensek, s néhány védőnő, pszichológus és gyógytornász (az MPPOT szíves engedelmével közlöm).

34 Az értékelések alapján írt jelentést a Társaság a rendelkezésemre bocsátotta.

35 Tehát a normális, hüvelyi szülésre vonatkozóan. A császármetszésre vonatkozó szakmai irányelv 2013-ban járt le, s azóta nem született új, de tudomásom szerint készül.

36 Az angol National Institute for Health and Care Excellence. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations>).

37 Jelenlegi nevén: Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészeti és Nőgyógyászat, Asszisztált Reprodukció Tagozat.

lészorvost kérték fel annak átírására. Az átírt változat – a szülészeti szakmai kollégiummal való kompromisszumok megkötése után³⁸ – 2019 decemberében jelent meg a Magyar Közlönyben az *Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról* címmel,³⁹ amely mind a szülésznők, mind az orvosok számára útmutatóul szolgál az élettani szülések ellátáshoz. Az irányelv hangvétele és javaslati messze túlmutatnak a működő gyakorlaton, s távolról sem tükrözik a szülészeti szakma általános szemléletmódját, így az új irányelv megfogalmazása nagy jelentőségű a magyar szülészetben, a kritikai hangok mégis a megengedő (s nem előíró) hangvételt problematizálták.⁴⁰ A szakmai irányelv szabályszerűen 2022 novemberében lejárt, s csak 2025 márciusában jelent meg – egy konzervatívabb szemléletű orvos tollából – a következő,⁴¹ amely bár az előző irányelvre építkezett és progresszív hangvételt megtartotta, néhány ponton visszalépést jelentett a korábbi változathoz képest.⁴²

A szülészeti ellátás 2021. évi átalakítása

A szakemberek terhelésének növekedése miatt a családbarát szülészet elveinek megvalósulását valószínűleg hosszú időre visszaveti a szülészet radikális átalakítása 2021. január 1-től. Az egészségügyi jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény rendelkezései alapján kiegészült a Büntető törvénykönyv korrupciós bűncselekményekre vonatkozó része, amelynek értelmében akár egy évig tartó szabadságvesztéssel is büntethető az, aki hálapénzt ad vagy fogad el. Ez a gyakorlatban azt is jelentette, hogy megszűnt a szabad orvos- és szülésznőválasztás. A rendelkezés a kórházválasztást is korlátozza, mert az állami ellátásban alapesetben mindenki csak a területileg illetékes kórház szülészetén szülhet, kivéve, ha a területen kívüli kórházban van szabad kapacitás, amihez azonban többletforrás nem áll rendelkezésre. Ugyane törvény értelmében az egészségügyi dolgozók újonnan bevezetett jogviszonya (a közszolgálati jogviszony helyett) bérrendezéssel és bizonyos kötöttségek megállapításával is járt (kirendelhetőség, áthelyezhetőség, amit a szakmai kompetencia és az önrendelkezés csorbításaként értelmezett a szakma akkor is, ha a valóságban ritkán fordult elő átvezénylés a Covid19-járvány lecsengése után). Az orvosbérek drasztikus emelése nem járt együtt a szakdolgozók eleve alacsony bérének jelentős növelésével, sőt, a szülészetre jellemző hálapénz kiesése miatt inkább csökkent, így óriási bérszakadék keletkezett az orvosi és szakdolgozói (például szülésznői) bérekben. Hiába azonban a megemelt orvosbér – a magánellátás és a külföldi praxis általában így is magasabb jövedelemmel kecsegtet, ezért a középgenerációban problémát jelent az elvándorlás.⁴³ Ez, illetve a fogadott

38 A kompromisszumok megkötésére Bálint szerint azért volt szükség, mert a magyar viszonyok között nem volt életszerű olyan eljárásokat, módszereket elvárni a nemzetközi ajánlások alapján, amelyekben a magyar orvosoknak – képzésük és munkatapasztalatuk okán – nincs jártassága.

39 https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

40 Lásd pl. a Másállapotot a szülészetben mozgalom által megfogalmazott véleményt: <https://merce.hu/2020/02/19/jar-is-a-magyar-noknek-korszeru-szuleszeti-ellatas-meg-nem-is/>

41 A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a családközpontú alapelvekre épülő szülészeti és újszülöttellátásról – forrás: *Egészségügyi Közlöny*, LXXV. (3), 294–312. www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2025/3.pdf

42 Nagy visszhangot keltett például, hogy a korábbi ajánlással szemben a szülőszobai kísérők számát egy főre korlátozta, ami megnehezíti a dülák szülőszobai jelenlétét (noha az 1997-es egészségügyi törvény szövege nem fogalmaz a kísérők számát illetően egyértelműen, továbbá az irányelvben benne maradt evidenciaként az ICI, International Childbirth Initiative, <https://icichildbirth.org/initiative/>, magyarul: <https://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf>, amely egyértelműen több lehetséges kísérőt támogat).

43 Az összes orvosra vonatkozóan lásd: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html, a szülészorvosokra vonatkozóan pedig OSAP (Országos Statisztikai Adatfelvételi Program) 1589 (2024).

orvosok és szülésznők „bedolgozásának”⁴⁴ kiesése az amúgy is túlterhelt beosztott szakszemélyzet munkáját növeli, így tovább folytatódik a lemorzsolódás. A szülésznők létszámának csökkenése⁴⁵ sok helyen ellehetetlenítette a működést.

A hiányt orvoslandó, a kisforgalmú szülészeti működések ésszerűsítendő, ám a sajtóhírekben a nők igényeit hivatkozó módon 2024 júniusában hatályba lépett a „26/2024. (VI. 10.) BM kormányrendelet az I. progresszivitási szintű szülészeti ellátóhelyek bevezetéséről”,⁴⁶ ahova csak alacsony rizikóbesorolású várandósok kerülhetnek, s az ellátásra az intézeten kívüli szülés szakmai szabályai vonatkoznak. Eddig a szülészeti ellátásban mindenütt magas minimumfeltételeket határoztak meg (II. és III. pr. szint),⁴⁷ ami azonban a gyakorlatban számos helyen kivitelezhetetlen. A szülésznők és a szülészeti aktivisták⁴⁸ szerint a jelenlegi helyzetben nem életszerű ezeknek az osztályoknak a létrehozása, noha elvi szinten üdvözik az ötletet, hiszen számos országban létezik ez a megoldás. Magyarországon azonban a szülésznők többsége – képzésére dacára – nem tudott az önálló szülésvezetésben akkora gyakorlatot szerezni, hogy vállalják ezt a felelősséget, tehát – miként a vele készített kutatási interjúmból (2024) kiderült – az ötletgazda szülészorvos szerint is mindenképpen szükség van a szülésznők licenszvizsgájára az önálló szülésvezetéshez, amihez kapcsolódóan a szülőszobai, önálló munkát vállaló szülésznők fizetését jelentősen meg kellene emelni, és még várakozásra a biztonságos működés feltételeinek kidolgozása. Jelenleg I. progresszivitási szintű szülészeti osztály a valóságban még sehol nem működik.

A szülészeti adatgyűjtés és adatszolgáltatás problémái

A szülészeti ellátás elemzését nagyban megnehezíti a szülészeti adatok hiánya. Ez részben az adatgyűjtés anomáliáira, részben elérhetetlenségére vezethető vissza, pedig Magyarországon komoly hagyománya van a szülészeti adatok gyűjtésének, amit Tauffer Vilmos szülészorvos kezdett el a 19. század végén (Csákány 2007). Ma minimum három irányba kell adatot szolgáltatni a kórházakban, de más céllal és más fókusszal,⁴⁹ amire ugyanakkor nincs humánerőforrás, így az adatrögzítés pontatlan és hiányos. Egy további probléma kapcsán így beszélt egy szülészorvos a kórházi adatgenerálásról egy kutatási interjúmban: *„az adatok beírása sok helyen úgy történik, hogy miért fizet az OEP többet. Hát a méhnyaksérülésért. Hát sok helyen ezért*

44 Vagyis a fogadott orvos és szülésznő jelenléte és munkája a kórházban munkaidőn kívül.

45 A KSH adatai szerint ugyan az elmúlt évekre nézve nem beszélhetünk drasztikus fogyásról (2020-ban 7,4, 2021-ben 13,4, 2022-ben 15,7, 2023-ban 21,3 üres szülésznői állás volt (az 1500–1600 körüli státuszokban, amit a statisztika a működéshez szükséges számként határoz meg (OSAP 1019, 2024)), de mivel a szülésznői engedélyek (kártyák) öt évre szólnak, ebben benne vannak olyanok is, akik már vagy éppen nem dolgoznak, illetve azok is, akik nem szülőszobában dolgoznak, vagyis a szülőszobai ellátás problémája ezekből a számokból nem olvasható ki. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Szülésznői Tagozata vezetőjének adatai szerint jelenleg kb. 700 szülésznő dolgozik szülőszobában, ami messze nem elegendő az ellátáshoz, és a korfa rendkívül aggasztó, előregedő képet mutat. A felsőfokú szülésznőképzést a hallgatók 20–30 százaléka fejezi be.

46 Forrás: https://jogkodex.hu/jsz/2024_26_bm_rendelet_7717318

47 A II. progresszivitási szintű szülészeti ellátás – az újszülöttellátás szintjeinek megfelelően – a koraszülött intenzív osztály nélküli szülészeti ellátást jelenti, ahol azonban 24 órán belül elérhető újszülöttgyógyász, a III. progresszivitási szint pedig azokat az ellátóhelyeket, ahol koraszülött intenzív osztályok is működnek.

48 A szülészeti aktivizmusról lásd az V. részt.

49 Az ÁEEK felé (Állami Egészségügyi Ellátó Központ), ahol a Tauffer-statisztika adatait gyűjtik, de az adatszolgáltatási feladatokat egy-egy elfoglalt szülészorvos kezeli, s rendkívül nehézkes kívülről (az Országos Kórházi Főigazgatóságon keresztül) adatokhoz jutni (<https://prod.eadatlap.hu:8033/webgy/regbe/belepes.php>), a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) felé a finanszírozás céljából, ám a NEAK nem végez adatelemzést, illetve a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) felé, ahol az ún. élveszületési lap adatait gyűjtik, de ez a szülészeti eseményekre csak nagy vonalakban kérdez rá (https://www.ksh.hu/nyomtatvanyok_torveny_alta_elrendelt_adatgyujtesek_2025).

van mindenkinek méhnyaksérülése. Dolgozom olyan kórházban, ahol a bekódolt beavatkozást átkódolják, mert úgy lehet több pénzt kapni. Ez a finanszírozás miatt van így” (szülész orvos, 2023).⁵⁰ Noha született már javaslat az adatgyűjtés szisztematizálására és központosítására, egyelőre nem látszik törekvés ennek bevezetésére, noha a megoldás technológiai háttere létezik. Ennek megfelelően nem vizsgálható, hogy például az egyes beavatkozásokat milyen előzmények után fogantatosították vagy milyen előzmények vezettek császármetszéshez. Mindez a szülés folyamatának, minőségének elemzését is lehetetlenné teszi, pedig a nyilvánosan elérhető adatok a páciensek tájékozódását is elősegítenék, amit az egészségügyi törvény jogként megfogalmaz.⁵¹

A VÁLTOZÁS BELSŐ MOZGATÓRUGÓI

A perinatális tudomány, a szülés holisztikus szemlélete

Mint Losonczi írta: „a mozgalmak mellett álltak – már a nyolcvanas évek fordulóján – [...] a konzervatív orvostársadalomból kiváló, új szemléletű orvosok. Mellettük voltak a tudós és tapasztalt pszichológusok, majd az újra felfedezett bábák és az új mozgalmat képviselő dúlák” (2009:229). Az általa is nevesített, 1996-ban egyesületi formában megalakult Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság (MPP-POT)⁵² azóta is kulcsszerepet játszik a szemléletformálásban, amelyben a Losonczi által említett szakemberek kívül szülésznők, védőnők, perinatális szaktanácsadók, társadalomkutatók és egyéb társtudományok képviselői is helyet kaptak. A Társaság gondozásában 2007-ben indult el az ELTÉ-n a perinatális (szak)tanácsadó szakirányú továbbképzési szak. Mind az MPP-POT, mind a perinatális szaktanácsadó képzés összekötő szerepet játszik a társtudományok között,⁵³ s közvetítenek a tudomány és a felhasználói oldal között. Az egyik prominens tagjuk nemrégiben egy kerekasztal-beszélgetésen⁵⁴ arról beszélt, hogy míg a családokhoz egyre jobban eljut az üzenetük, a szülés szakma nagyon nehezen fogadja be a társtudományok eredményeit. Ez elsősorban a szülés-születés holisztikus, vagyis az egyént teljes testi, lelki és szociális egységében értelmező szemléletét jelenti, amely sem a perinatális életidőt nem szabdalja részeire, sem az anya és a magzat érdekeit nem választja szét, ennek megfelelően a testi folyamatokat nem értelmezi a mentális állapot és a szociális keretek figyelembevétel nélkül. Fontos mondanivalójuk, hogy a szülés természetes neurokémiai folyamatába való szülészeti beavatkozások következményei jóval összetettebb, akár transzgenerációs módon is kifejthetik hatásukat, mint az korábban ismert volt, így az aktív szülésvezetés rutinszerű eljárásai fokozott kockázatot jelentenek a társadalom számára (részletesen lásd pl.: Varga 2019). Képzési, publikációs, előadói és tudománypényszerűsítő tevékenységük saját eredményeik közlésén túl nagy szerepet játszik a

50 Az évszám az interjú készítésének évét jelöli. Az interjúrészletek hallgatói kutatócsoportjaimmal végzett interjúinkból származnak.

51 „Mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége védelmével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben”, illetve „joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről” Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>.

52 <https://www.mpppot.hu/>

53 Erre példa a 2019-ben publikált *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* című kötet (Varga–Andrej–Molnár), amely először terelte közös fórumra az orvostudományi, egyéb egészségtudományi, pszichológiai, társadalomtudományi, szociális és perinatális szakembereket, de szintén multidiszciplináris megközelítésű *A szülési fájdalom kezelése. Nem farmakológiai módszerek* című kötet Varga Katalin szerkesztésében (2020).

54 A felvétel elérhető itt: <https://www.mpppot.hu/hirek/a-szules-medikalizacioja>

nemzetközi szakirodalom közvetítésében is. Tagjaik között néhány olyan szülészorvos is van, akik a maguk területén igyekeznek részt vállalni saját tudományterületük szemléletformálásában. Jelenlegi elnökük a már említett Bálint Balázs szülészorvos.

Az egészségügyi kommunikáció jelentősége

Rendre jelentős szakmai kérdésként merül föl a szülészetet érintő viták során az egészségügyi kommunikáció minősége. A kritikusok szerint még a 2025-ös családbarát szülészeti irányelv⁵⁵ből is fájóan hiányzik a szülésre érkező családdal való szakszerű kommunikációra vonatkozó mindenfajta javaslat, amit például az angol irányelv⁵⁵ hosszan és nagyon pontosan taglal. Ez egy olyan probléma lenyomata, ami az egészségügy egészét áthatja, noha már több mint húsz éve dolgoznak rajta szakemberek, hogy ez megváltozzék, hiszen az egyetemi képzésben már 1993 óta tanulhatnak orvosi kommunikációt egészségügyi szakemberek. Ám probléma, hogy alsóéveseknek hirdetik meg az általános orvoscépzésben,⁵⁶ akiknek még nincs aktív kapcsolata a betegekkel (Pilling–Sándor 2002:225), illetve a posztgraduális szakképzésben nincs célzott kommunikációs képzés a speciális helyzetben lévő szülészorvosoknak, akik többnyire egészséges, ám a szülés alatt megváltozott tudatállapotú nőkkel (Héjja-Nagy 2015) találkoznak. Ha tehát egy orvos vagy szülésznő jártasságot kíván szerezni a szuggesztív kommunikációban,⁵⁷ külön képzésben kell részt vennie.⁵⁸ Ugyanakkor biztató, hogy az egyetemi orvoscépzésben már tervben van, hogy az ötödéves OSCE vizsgán⁵⁹ az orvostanhallgatóknak többek között kommunikációs problémák megoldásait is be kell majd mutatniuk klinikai helyzetekben, ám ez még mindig nem készíti fel a szakorvosokat, esetünkben a szülészorvosokat a várandós nőkkel való speciális kommunikációra. Női szülészorvosok interjúink során is arról számoltak be, hogy saját szülésélményük sokban segítette azt, hogy bele tudjanak helyezkedni a vajúdó nő élményvilágába,⁶⁰ ami a női tapasztalati tudás jelentőségére is felhívja a figyelmet. Az MPPOT egyik képzése után hasonló megelégedésről adott visszajelzést egy orvos a Tár-saságnak: *„nem gondoltam bele férfiként, milyen kiszolgáltatott helyzetben vannak a kismamák. A gyakorlatok során jobban megtapasztaltam, hogyan érezhetik magukat, és ez segít abban, hogy orvosként hogyan álljak hozzájuk. Ilyet az egyetemen nem tanítanak.”*⁶¹ A probléma kezelése azért is sürgető, mert a szülészeti erőszak legelterjedtebb formája a verbális erőszak, amit mind az anyák, mind a szülésznők kiemelték: *„jönnek szembe ugyanazok a mondatok: Akkor is így kiabált, amikor készült a gyerek? Menjen haza és szülje meg azzal, aki csinálta! Nem fájhat ez annyira, hiszen nem is csinállok semmit”* (szülésznő, 2018).

55 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>

56 Ehhez írt kiváló tankönyvet Pilling János (2018).

57 A szuggesztív kommunikáció (verbális és nem-verbális) olyan üzenetátadás, amely az arra fogékony befogadóból önkéntelen választ vált ki (Varga 2023:9).

58 Ilyen pl. az MPPOT szervezésében a Szuggesztíók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés (<https://www.mppot.hu/tevekenysegek/kepzesek/sas-ok>).

59 Az OSCE, vagyis *Objective Structured Clinical Examination*, magyarul objektív strukturált klinikai vizsga az orvostanhallgatók teljesítményét több életszerű, szimulált klinikai situációban felmérő komplex vizsgáztatási módszer.

60 Az online térben elérhető önreprezentációnak is sokszor témája a női szülészorvos saját szülésélményének hatása (pl. <https://www.szulnijo.hu/kik-vagyunk-mi/magamrol.html>).

61 Az MPPOT szíves engedelmével közlöm.

A preventív beavatkozások csökkentésének sürgetése

A demedikalizációt sürgető, s azt a gyakorlatukban is megvalósító orvosok és szülésznők a korábban Losonczy által szintén problematizált defenzív szemléletet nevezik meg a beavatkozások csökkentésének legfőbb gátjaként. Egy szülészorvos (2023) szerint például „Magyarországon ma is problémának tartják az orvosok, hogy a szövődmény és a műhiba nem válik el élesen egymástól, ezért kockázatvállalásnak tekintik a szülőszobai munkát. A szolgálati jogviszony bevezetése után [tehát külön díjazás, hálapénz nélkül] mi vegye rá egy orvost arra, hogy vállalja a rizikót?”. Hasonlóképpen vélekedett több szülésznő is: „azért van, hogy jogilag körbe-bástyázzák magukat az orvosok, mert hogyha bármilyen probléma adódik az újszülöttel, akkor feljelentés. Vagy mondjuk hatéves korában nem tudja az »a« betűt rendesen leírni, akkor kikéri a kórlapot. Ezt tudom napi szinten, mert kéri ki a kórlapokat. És akkor indítják a pereket. Már nem azon gondolkodnak, hogy mi baja lehet a kismamának, hanem neki [az orvosnak] mi baja lehet belőle” (szülésznő, 2022).

Mivel az orvosválasztás magasabb beavatkozási aránnyal járt együtt (Baji et al. 2017), sokan a preventív beavatkozások csökkenését várták a 2021-es intézkedéstől. Ezt a császármetszési ráta növekedése nem igazolja, ám Pleván Tímea⁶² adatai 2015 és 2023 között 16 433 anya válasza alapján a beöntés, a borotválás, a rutin vénabiztosítás, a burokrepesztés, a méhszájtágítás, a vajúadás közbeni oxitocinadagolás, a gátmetszés és a Kristeller-műfogás tekintetében változó mértékű, enyhe csökkenéséről tanúskodnak.⁶³

A szülészeti ellátás nemi változásai, a szülésznők szerepének elvi növekedése

A szüléskultúrák nemi jellemzőit megfigyelve azt találjuk, hogy a téma kritikai irodalmát⁶⁴ többségében nők jegyzik, noha a szülésszel humanizálásának kezdeteit általában néhány férfi szülészorvosra vezetik vissza.⁶⁵ Bár hazánkban a modern szülésszel hagyományosan férfiszakma, miként a döntéshozó testületekben⁶⁶ is csak férfiak ülnek, a fiatal szülészorvosok között mára megfordult a nemi arány. Ez utóbbi valószínűleg lehetővé teszi majd, hogy nagyobb hangsúlyt kapjon a női látásmód a szülésszelben, s e területen is megtörhessen a hegemon maszkulinitás (Connell 1995) dominanciája. Ugyanakkor kutatásaink során orvosoktól, szülésznőktől és anyáktól is hallottuk, hogy a női szülészorvos olykor keményebb hangot üt meg, mint férfi kollégája, mert szakmai szocializációja során „férfias viselkedést” várnak el tőle egy „férfiszakmában”. A 2. táblázatból a nemi megoszláson túl a szülészorvosok korfája is kirajzolódik, ami részben a 60 év felettiek túlsúlyát mutatja, részben pedig a középgeneráció fogyását (hiszen elsősorban ők tudnak magánpraxisra váltani vagy külföldi munkát vállalni).

62 Pleván Tímea projektjéről az adatgyűjtés anomáliáinak nagy témájába ágyazottan később írok.

63 https://ablakavilagra.com/cikk/382_Igy-valtozott-a-szuleszeti-ellatas-az-elmult-10-evben-Van-okunk-remenykedni

64 Orvosi, pszichológiai, társadalomtudományi, egyéb egészségügyi (pl. a hazánkban nem létező *midwifery studies*). Az MPPPT-ban szintén túlreprezentáltak a nők.

65 Például Ferdinand Lamaze, Grantly Dick-Read, Frédéric Leboyer, Michel Odent szülészorvosokra.

66 Például Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülésszel és Nőgyógyászat, Asszisztált Reprodukció Tagozat; Magyar Nőorvos Társaság; Magyar Perinatológiai Társaság vezetése.

2. táblázat. Magyarországi szülész-nőgyógyász szakorvosok életkori megoszlása

	A szülész-nőgyógyász szakorvosok életkori megoszlása											
	–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70+	Össze- sen	Az összes %-a
2014												
férfi	1	30	75	102	110	163	219	226	177	198	1301	87,7
nő	1	12	42	22	10	17	22	28	18	9	181	12,21
2018												
férfi	-	36	46	85	102	120	160	214	189	237	1189	83,4
nő	3	41	38	40	23	7	24	21	20	19	236	16,5
2022												
férfi	-	48	56	54	92	107	111	151	194	246	1059	76,8
nő	2	72	73	36	40	14	11	21	22	25	316	22,9

Forrás 2014-re és 2018-ra vonatkozóan: KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2014, 2018.
2022-re vonatkozóan: OSAP 1589 (2024).

A kritikák szerint a női tapasztalati tudás és látásmód erősítésének eszköze lehetne a szülésznői kompetenciák rendezése, hiszen ezzel az alacsony rizikófaktorú élettani szülések kikerülnének az orvosi irányítás alól, így maga a folyamat is kevésbé medikalizálódna, s nagyobb hangsúlyt kaphatna a szülés szociális és mentális jellege. A jelenleg is hatályban lévő *„Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK irányelve szerint a szülésznők képzésük során alkalmassá válnak »spontán szülés levezetésére, beleértve szükség szerint a gátmetszést igénylő eseteket, sürgős esetben pedig a farfekvéses szüléseket«*” (Vincze–Lipienné 2016:417), továbbá a szülésznők kompetenciájába tartozik a teljes reprodukciós időszak kísérése a családtervezéstől az önálló szüléskísérése át a gyermekágyas időszak végéig (Nyitrai 2021:4). 2014 óta rendelet szabályozza, hogy milyen feltételekkel végezhet szülésznő önálló várandósgondozást.⁶⁷

Ugyanakkor képzettségük ellenére a szülésznők a mai napig csak néhány intézményben kapnak lehetőséget az önálló munkavégzésre, s akkor is kevésbé élnek vele, mivel szakmai szocializációjuk során általában nincs gyakorlási, tapasztalatszerzési lehetőségük. 2022-ben egy szülésznő egy kutatási interjúban arról számolt be, hogy egy budapesti kórházban (ahol dolgozott) a felkínált lehetőséggel mindössze két szülésznő élt. A többiek úgy érezték, a szülészeten érvényesülő patriarchális hierarchiában szocializálódva nagy kockázatot vállalnának, ha hirtelen a végzettségüknek megfelelő feladatokat látnának el, amely érthetően nagyobb felelősséggel jár, miközben többségük nagy presztízavesztésként éli meg, hogy tanult tudása a kórházi gyakorlatban nem kamatoztatható. Ehhez természetesen hozzájárult a hálapénz rendszere is, amely „érthetővé” teszi, hogy az orvosok sokáig nem kívánták átadni a szülés feletti kontrollt a szülésznőknek. A 2021-es változásokat követő megnövekedett bérszakadék mellett még több teher nehezedik a beosztott szülésznőkre, hiszen már nem segítenek be a saját kismamához „beugró” orvosok és szülésznők, továbbá az interjúkban arról számoltak be, hogy már olyan feladatokat is nekik kell ellátni, amit korábban a – választott – orvosok végeztek (akkor is, ha ezek eredetileg szülésznői feladatok lennének). Ma azonban már nem érdekelt az orvos a munkában, hiszen a bérezés – a hálapénz kiesése miatt – nem teljesítményalapú: *„Mostantól, hogy nincs érdekelttség abban, hogy hajnali kettőkor valaki kikeljen az ágyából, és bemenjen szüléshez, már szívesen átadódik ez a feladat, és hajnali kettőkor mint ügyeletes sem bújok ki az ágyamból, hanem a szülésznők lássák ezt el”* (szülésznő, 2022).

67 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet (<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm>)

Az I. progresszivitási szintű szülészeti osztályok bevezetésével a kormány a szülésznők nagyobb önállóságával számol, ugyanakkor egy politikus dicséretnek szánt mondata a szülésznők felé jelzi a rendszer hierarchizáltságáról való berögzült gondolkodásmódját: „az orvosok a szülésznők nélkül félkarú óriások lennének.”⁶⁸ Azaz, ebben a megközelítésben továbbra sem önálló, kompetens szakemberként jelenik meg a szülésznő, hanem az „orvosóriás” segítőjeként. Mégis az önállóság felé vezető utat jelentheti az, hogy szülésznő mesterképzést terveznek indítani két hazai egyetemen, ami megnyithatja az utat a tudományos tevékenységek felé is.⁶⁹ Kérdés, hogy milyen szemléletet képviselnek majd a mesterszakok, mert a jelenlegi magyar szülésznők képzésben a szülésznőket – a képzési struktúrából adódóan – elsősorban nem szülésznők, hanem szülész orvosok tanítják, s a gyakorlati képzés során többségében a berögzült, szokásalapú eljárásrendet tanulják meg.

Az intézeten kívüli bábáság

A szülésznők speciális csoportját képezik azok a bábák, akik a 2011-es rendelet feltételrendszerének megfelelően kiváltották az intézeten kívüli szüléskísérésre jogosító engedélyt, s otthoni szülésben segédkeznek. A rendelet szabályozza, hogy az egészségügyi szolgáltatónak, illetve az otthoni szülést választó várandósoknak milyen feltételeknek kell megfelelni. A jelenleg Magyarországon működő bábák (körülbelül 25–30 fő, többségük praxisközösségekben vagy ernyőszervezetben működik)⁷⁰ Budapest és környéke fókusszal elvben az egész országot lefedik, de a bábák tapasztalata szerint ma már jóval nagyobb az igény az otthoni szülésre, mint amit el tudnak vállalni. Az otthoni szülések számáról nem létezik nyilvános adat, s különböző adatkérésekből különböző számok derülnek ki.⁷¹

Az általunk eddig megkérdezett négy, több mint húsz éve⁷² az otthoni szülésben dolgozó bába úgy tapasztalta, hogy a szülész orvosok és szülésznők csak akkor fogadják el őket szakmai partnerként, ha már van régről kapcsolatuk, vagy ha olyan vezető kerül az osztály élére, aki nyitott az együttműködésre, de az egészségügyi dolgozók is arról számoltak be, hogy nem minden bábával tudnak együttműködni. A kognitív konfliktusokat csökkentheti, hogy az egyik bába egy budapesti egyetemen részt vesz a szülésznők felsőfokú képzésében, így a nyitottabb hallgatókban ki sem alakul az az ellenérzés, ami hagyományosan jelen van a kórházi dolgozóknál, később pedig nem értelmezik automatikusan vészhelyzetként, ha otthoni szülésből beszállításra kerül egy vajúdó. A kórházi szülésznők egy része szerint az otthoni szülés előnyei nem ellensúlyozzák annak lehetséges veszélyeit,⁷³ de több olyan kórházi szülésznővel is készítettünk interjút, aki egészséges anya és magzat esetében az otthoni szülés elveiben látja a születés ideális módját. Mind a kórházi szülésznők, mind az intézeten kívül dolgozó bábák súlyos problémának tartják a hatékonyan működő, független érdekképviselőt és saját aktivitásuk hiányát, amit a szabad kapacitás és a pénzügyi háttér hiányával magyaráznak, illetve szakmai fejlődésük és közös identitásuk kialakulása gátjának tartják, hogy nincs szakmai folyóiratuk.

68 https://okfo.gov.hu/sites/okfo_portal/Hirek/csaladbarat-szuleszetek-is-segitik-a-vagyott-gyerekek-megszuleset

69 <https://semmelweis.hu/hirek/2023/12/21/egyre-nagyobb-szerepuk-lehet-a-szulesznoknak-a-jovoben/>

70 <https://mamami.hu/szules-es-szules/otthoniszules/babak-bemutakozas/>, <https://www.szulesbabaval.hu/tovabbi-babapraxisok/>

71 2022-re vonatkozóan az OKFŐ-től közérdekű adatigénylésre azt a választ kaptam, hogy 450 otthoni szülés történt, de Kapitány Balázs tanulmányában (2024) a KSH népmozgalmi adatainak szűrése 2022-re 598 előre tervezett otthoni szülésre utal (de ez következtetett adat).

72 Tehát mindannyian bábaként tevékenykedtek már a rendelet megszületése előtt is.

73 Az otthoni szülés biztonságával kapcsolatban több (külföldi) metaelemzés ismert, amelyek az alacsony kockázatú várandósok esetében nem találtak szignifikáns különbséget a kórházi és a tervezett, szaksegítséggel zajló otthoni szülések perinatális mortalitási és morbiditási adatai között (lásd pl. Reitsma et al 2021). A metaelemzés a magzati és újszülöttkori mortalitással kapcsolatban sem utalt szignifikáns különbségre.

NŐKÖZPONTÚ SZÜLÉSZETI MOZGALMAK MAGYARORSZÁGON

Losonczi 2009-ben úgy találta, hogy „a legátütőbb, leghatékonyabb változtató és mozgósító erőt a női mozgalmak jelentették szemléletben, érzelmekben, cselekvésben” (229). Azok a mozgalmak, amelyekről akkor írt, vagy nem léteznek már (Aktív Szülés Mozgalom) vagy más formában élnek tovább (Születés Hete) vagy intézményesültek (otthonszülés mozgalom), de alulról szerveződő, szélesebb közönséget nem csak egy-egy akció erejéig elérő, az alternativitást már nem csak a központi normától eltérő szemléletben, hanem a választás széles körére értő megközelítéssel jellemezhető mozgalmak még kevésbé léteztek. Utóbbiak közül a két legismertebb a Másállapotot a Szülészetben! mozgalom (a továbbiakban Másállapotot) és az EMMA Egyesület, amelyek kifejezetten a szülés humanizálásának céljával formálódtak.

Másállapotot és EMMA

A Másállapotot a Szülészetben! mozgalom deklarált küldetése, hogy „együttes változást idézzen elő az egyén, az ellátórendszer és a társadalom szintjén, hogy a nőközpontú ellátás megvalósuljon”,⁷⁴ vagyis a makroszintű változásokat mikroszintű információközvetítéssel, valamint mezoszintű érdekképviseléssel és szemléletformálással kívánja elérni. Az EMMA Egyesület kiemelt célja, hogy „javuljon az anyák társadalmi helyzete”,⁷⁵ amit önkéntes segélyakciókkal, programszervezéssel, közösségalkotással, publikálással, ismeretközvetítéssel kíván elérni, illetve 2015 óta ingyenes telefonos és online információs és lelki segély-vonalat működtet képzett önkéntesekkel, hogy a hozzájuk fordulóknak anonim módon nyújtsanak segítséget a gyermekvállaláshoz, gyermekszüléshez kapcsolódó nehézségekben, traumákban. Évente több, mint 600 megkeresést kapnak, noha a lehetőség még messze nem közzismert. Hasonló kezdeményezés a hivatalos ellátásban nem létezik.

A Másállapotot mozgalom 2015-ben egyetlen eseményre szerveződött meg a szülészeti ellátórendszerrel szemben kritikus anyák részvételével, ám a szemléletalkító vágy továbbélésével néhány résztvevő további utakat keresett az érintettek elérésére és bevonására. A mozgalom létrejöttét a 2011-es spanyol *La Revolución de las rosas* megmozdulás inspirálta, amit a Nők elleni erőszak felszámolásának világnapján (november 25)⁷⁶ rendeztek a szülészeti erőszak témájának kihangsúlyozására. Ennek mintájára 2016-ban a magyar mozgalom tagjai is demonstrációt szerveztek, amelyben a szülészeti ellátás javítását követelték.⁷⁷ Ebben (is) kiemelt tematika volt a szülészeti erőszak problematizálása, illetve az érintettek (szülők, ellátók, döntéshozók, társadalom) közös érdekének és felelősségének hangsúlyozása.

2018-ban a Másállapotot küldöttsége az egyik kampányban gyűjtött fényképes anyai üzenetekkel kereste fel a hivatalban lévő (férfi) egészségügyi minisztert (amely találkozón jelen volt az oktatásért felelős államtitkár is, aki szülész-nőgyógyászként dolgozott, s tagja volt a szülészeti szakmai kollégium tanácsának), hogy felhívják a figyelmet az anyák által elfogadhatatlannak minősített bánásmódra, illetve a visszajelzőrendszer hiányára, amelynek megszervezése lehetőséget adna valamennyi tapasztalat megismerésére, s azok figye-

⁷⁴ <https://masallapotot.hu/>

⁷⁵ <https://emmaegyesulet.hu/kuldetesunk/>

⁷⁶ A világnapot az ENSZ Közgyűlése jelölte ki 1993-ban.

⁷⁷ „Arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy a magyar szülészeti ellátás ebben a formában senkinek sem jó. Sokszor káros a nőkre és gyermekeikre, a családokra, ezáltal az egész társadalomra. A szakemberekre nézve méltánytalan, én nem engedem, hogy tudásuk legjavát nyújtsák a családok számára. Azért gyűlünk össze, hogy elmondjuk: a szülés, születés mindannyiunk ügye, és kifejezzük az egymást iránti tiszteletünket és megbecsülésünket” (<https://masallapotot.hu/2016/03/20/masallapotot-a-szuleszetben/>)

lembevételére. A miniszter reakciója szerint minden ilyen esemény sajnálatos és az anya kérésére kivizsgálódó, de ezeket a jelenségeket nem tartotta rendszerszintű problémának. A találkozón a Másállapotot képviselői átadták az akkor frissen megjelent *International Childbirth Initiative*⁷⁸ (ICI) magyar fordítását, és felhívták a figyelmet a WHO és a FIGO⁷⁹ ajánlásaira, ám a politikusok ezeket nem tartották sem iránymutatónak, sem relevánsnak (noha ekkor már kormányzati döntés született a családbarát szülésházak kiépítéséről⁸⁰).

A szülészmozgalmak történetében gyakori tapasztalat, hogy a hivatalos szinteken nem adnak hitelt az általuk közvetített mondanivalónak,⁸¹ ám mára a jog⁸² lehetővé teszi az érintettek szervezeteinek bevonását a döntéshozatali folyamatba. Ez a kognitív disszonancia például azt eredményezte, hogy a 2025-ös családbarát szülészeti irányelvet jegyző szakellátók⁸³ feltüntették a mozgalmat (mint egyetlen „betegszervezet”) az irányelvfejlesztés szereplőjeként, ám az előzetes ígéretek ellenére egyszer sem küldték meg számukra véleményezésre a formálódó irányelvet, így a valóságban nem vehettek részt a folyamatban. Tehát az anyák tapasztalatait képviselő mozgalmakat továbbra sem tekintik partnernek, ám nyilvánosan deklarálják az együttműködésüket.

Noha a női szülészmozgalmak alapvetően a nők várandósággal, szüléssel és anyasággal kapcsolatos életszakaszának támogatását, jogainak tudatosítását szervezik, „a nők hangjának” kihangosításakor egyre nagyobb figyelmet szentelnek a nők differenciáltságának. Ennek fényében nemcsak a gyermekvállalásban, hanem a nem vállalásban is támogatják a nőket, s nagy gondot fordítanak arra, hogy marginalizált helyzetű nőket is elérjenek. Az egyik legátfogóbb projekt az EMMA Egyesület és a miskolci Regina Alapítvány szervezésében indult 2019-ben, amelynek keretében roma nők körében tartottak 40 órás dúlaképzést. Akkor hat, 2022-ben újabb két dúlát képeztek, akik közül hét azóta is aktívan kíséri szüléseket.⁸⁴ A dúlák munkadíját az EMMA Egyesület pályázati pénzből fizeti, míg a dúlák szolgáltatásának igénybevétele az anyák számára ingyenes. Ez a program a marginalizált helyzetű nők kiszolgáltatottságának csökkentését, az információátadás, illetve szakemberhez irányítás és eljuttatás hatékonyságának növelését célozta, lévén a közösségből származó, nem hivatalos státuszú segítőknek a roma nők gyakran könnyebben megnyílnak, mint az egészségügyi státuszból érkezőknek.⁸⁵ Ezzel a hivatalos ellátórendszer egyik nehezen megoldható problémájára, az információhoz és ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférés nehézségére szándékoztak működőképes alternatívát felmutatni.⁸⁶

78 Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (<https://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf>).

79 *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (<https://www.figo.org/resources/figo-statements/childbirth-bill-rights>)

80 <https://njt.hu/jogszabaly/2018-1098-30-22>

81 Miként a Másállapotot blogbejegyzésében írja: „A miniszter úgy látta, hogy »mindenben egyetértünk« - mi sajnos úgy láttuk, hogy az általunk bemutatott problémák létéről, annak méretéről, súlyáról sincs köztünk egyetértés, így ezek lehetséges megoldásairól beszélni sem tudtunk.” (<https://www.facebook.com/egydu/a/posts/elkeser%C3%ADt%C5%91-mell%C3%A9gbesz%C3%A9l%C3%A9s-de-a-l%C3%A1nyok-el%C5%91tt-le-a-kalappal/304286680176584/>)

82 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300018.emm>

83 <https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2025/05/mindenn%C3%91sz%C3%A1m%C3%ADt.pdf> www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2025/3.pdf?fbclid=IwY2xjawJ8RShleHRuA2FlbQlxMAABHjFntecJ1QoXx8oR2XtZol5iLGJ1nBN5elovWxgikl7XIoFg-hCvr44_y1ny_aem_CwRPKd1Z8IzJln5oDLoq

84 Jelenleg a Somnakuno Drom Roma Női Civil Egyesülettel közösen Nagykállón adaptálják az alsószolcai közösségi kísérői programot (Kupcsok 2025).

85 A faluban kutatást végző hallgatóm is a roma dúlák bizalmi státuszában látta az információközvetítés és a szülésélmény-feldolgozás lehetőségének kulcsát (Fehér 2023).

86 A dúlai támogatásban rejlő lehetőségeket már több helyen kiaknázzák. Az Egyesült Államokban például a szövetségi kormány és az államok közösen finanszírozzák a *Medicaid* program keretében a dúlai támogatást a hátrányos helyzetű családok

Hasonlóképpen önkéntesekkel igyekeztek támogatást adni azoknak a várandós vagy egyéb nőgyógyászati ellátást igénylő – sok esetben szintén roma – nőknek, akik menekültként érkeztek hazánkba (Kupcsok–Lamina–Molnár 2025). A menekült nők létélményét egy kiállítás keretében is megfogalmazták,⁸⁷ hogy létrehozzanak egy olyan teret, ahol a nők eltérő és közös tapasztalatai találkozhatnak.

Dúlamozgalom

A dúlák differenciálódása is megtörtént az elmúlt két évtizedben. Az egészségügyi végzettséggel nem (feltétlenül) rendelkező dúla, aki elsősorban testi-lelki-kommunikációs-szociális támogatást nyújt az anyának és az apának a teljes perinatális időszakban (attól függően, hogy mire kéri fel meghatározott anyagi ellenszolgáltatásért), az alternatív szülésmozgalmak minden irányzatában jelen van, s a ma működő bábák is szinte kivétel nélkül mind dúlatevékenységük hatására végezték el a szülésznő szakot. A nemzetközi dúlaszervezetek példáit követve, illetve azokat a magyar viszonyokhoz adaptálva ma öt – igen különböző méretű és hatású – dúlákör létezik, ami öt képzőhelyet jelent (részletesen lásd: Kisdi 2023). Szemléleti különbözőségeik megtartása mellett folyamatos a törekvés egy ernyőszervezet és érdekképviselő létrehozására, de mivel a legtöbben főállásuk mellett dúlaskodnak, nincs a munkára elegendő humánerőforrás. Tevékenységük legitimációs alapját a perinatális időszak folyamatos társas támogatottságának pozitív hatásairól szóló kutatások jelentik (erről bővebben lásd: Kisdi 2023, Nyitrai 2021), szimbolikusan azonban a szülés női autonómiáját jelenítik meg. A hivatalos ellátórendszerrel való viszonyuk rendkívül differenciált a dúlák és az egészségügyi szakemberek személyisége, képzettsége, előzetes tapasztalata, személyes kapcsolatrendszere és szakmai önképe függvényében. Jelen pillanatban az egészségügy nem mutat hajlandóságot az együttműködés kereteinek lefektetésére, noha korábban már elindultak az egyeztetések. Ebben a folyamatban a dúlák és az egészségügyi szereplők egy része egymást teszi felelőssé, noha számos pozitív együttműködésről is beszámoltak dúla és szülésznő interjúalanyaink.

AZ INFORMÁCIÓ SZABADSÁGA

Losonczi a rendszerváltozással együtt járó társadalmi átalakulás egyik kiemelkedő lehetőségének tartotta a központosított információs csatornák egyeduralmának csökkenését, a társadalmi nyilvánosság kiépülését, az ismeretközvetítés és a tudástranszfer új lehetőségeit, amelyben már akkor (2009) nagy szerepet kapott az internet. A hivatalos és az alternatív szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalatok és ismeretek közvetítését az általa is említett civil szervezetek kezdték el (pl. MÉRCE Egyesület), ami – az orvosok erős érdekérvényesítő képességének fennmaradása miatt – egy ombudsmani döntésben kulminálódott, amely leállította a kórházakra vonatkozó, anyai tapasztalatokon nyugvó internetes anyai információcserét (Losonczi 2009:231). *„Úgy látszik, sajátos demokratikus jogot sért, ha az asszonyok »kibeszélik« a fórumokon vagy a blogjaikban az orvosok módszereit, anyagi igényeit, ha véleményüket nyilvánosan közlik és figyelmeztetik a többieket”* (Losonczi 2009:231).

számára, mert a szegény, gyakran az etnikai csoportok valamelyikéhez tartozó nők körében jelentősen magasabb a koraszülés aránya, és rosszabbak a szülészeti mutatók. Egy nagymintás összehasonlító vizsgálat (Kozhimannil et al. 2016) arról számolt be, hogy a Medicaid program keretében dúlai szolgáltatásban részesülő nők esetében jelentősen csökkent a koraszülés és a császármetszés esélye, ami egy matematikai modell alkalmazásával 73,3 százalékos költségmegtakarítást és 25,3 százalékos költséghatékonyságot jelentett a dúla nélküli szülésekhez képest a vizsgált mintában.

87 <https://emmaegyesulet.hu/events/serulekenyseges-gondoskodas-a-menekult-nok-mindennapjairol/>

A tudástranszfer új útjai

Az ismeretek, az új szempontok célzott és egyúttal a többirányú kommunikációra lehetőséget adó cseréjét szolgálja a kezdetektől a Születés Hete programsorozat, amelyet már Losonczi is említett 2009-ben. A projekt 2003-ban indult az otthonszülés köreiből, ami idővel országos programsorozattá vált. A programok összefogása eleinte egy kézben összpontosult (szimbolikusan az anyák napja köré szervezve az eseményeket), de idővel annyira kiterjedt, hogy ma már nincs központi honlapja sem, hanem bárki (bármikor) szervezheti, ha fel tud vonultatni a fogantatással, várandósággal, szüléssel-születéssel, szoptatással, gyermekneveléssel és-ápolással kapcsolatos előadókat, foglalkozásokat egy-egy konkrét helyszínen. Ezen programok hangsúlya mára a szemléletváltó attitűd helyett gyakran a születéspiac szereplőinek felvonultatására helyeződött át, ami az alternatív (posztmodern) szüléskultúra adta új piacot szolgálja ki. Szükségszerűen továbbra is ellát szemléletformáló és információközvetítő funkciót, de a fókusz már nem a tudományos ismeretek közvetítésén van.

Komplex szülésfelkészítő programok régóta ingyenesen elérhetőek a kórházi gyakorlatban, ám ezek minősége rendkívül változó, a szemléletmódok széles palettáján mozognak, attól függően, hogy annak szervezője miként gondolkodik a szülésről-születésről és milyen lehetőségei vannak az adott intézményben. A Covid19-járvány óta ezeknek egy része azóta is az online térben zajlik – amelyre a fogyasztói igény is egyre erőteljesebb. Részben ennek, részben a bevett gyakorlat továbbélésének megfelelően ezek a tanfolyamok többnyire egyirányú kommunikációt jelentenek, vagyis a leendő szülők előadásokat hallgatnak meg szakemberektől.

Az állami intézményektől független szülésfelkészítők⁸⁸ egyik legfontosabb újítása az volt, hogy a kommunikáció sok esetben – de nem kizárólagosan – többirányúvá vált, amennyiben a leendő szülők aktív részvételén alapuló, a személyes félelmeikre, kérdéseikre, élethelyzetükre, tapasztalataikra, mentális állapotukra reflektáló információcsere a cél – ellenszolgáltatás fejében, az esetek többségében női körben.⁸⁹ A dülai szülésfelkészítésben részt vevő nők 2023-as vizsgálatunkban arról számoltak be, hogy a felkészítés a gyakorlati ismereteken túl a leghangsúlyosabban mentális támogatást jelentett számukra, ami a szülés női tudásába vetett hitükben erősítette meg őket. Mind az anyák, mind az apák⁹⁰ úgy tapasztalták, hogy a dülai felkészítés a tudatosságukban, önbecsülésükben, saját szülői kompetenciáikban erősítette meg őket, tehát a felkészítés fókusza a szülőségre irányult, amelynek része maga a szülés is.

A kórházi szülésfelkészítésben részesült nőkkel készült interjúkban kisebb hangsúllyal szerepelt a felkészítés, amely elsősorban gyakorlati kérdésekre irányult, és kevésbé éltek a kismamák a lehetőséggel, amihez hozzájárulhat a szolgáltatás ingyenessége is. A Covid19-járvány a független szülésfelkészítéseket is az online

88 Ezeket a felkészítőket néhány szülészorvos(nő), szülésznők, bábák, dülák, perinatális szaktanácsadók, pszichológusok szervezik és tartják, olykor olyanok személyében, akik ezen végzettségek közül többel is rendelkeznek. A független szülésfelkészítésben közös a holisztikus szemléletmód, illetve a személyre szabott figyelem. A magánkórházak szülésfelkészítőiben a fogyasztói igényeknek megfelelni kívánó alternatív gyakorlatok mögött nem feltétlenül húzódik meg komplex alternatív szemlélet, ami a rendkívül magas császármetszési arányban is tükröződik.

89 A független szülésfelkészítők általában női szakemberek végzik, de gyakran a leendő apák számára is kínálnak olyan foglalkozást, ami kifejezetten férfiaknak szól, így ezen körök vezetői is gyakran férfiak. A felkészítés többi programjára általában az apákat is várják, de részvételük nem rendszeres és nem jellemezhető általánosságban.

90 A *dülai támogatás apai reprezentációi* című cikkem jelenleg megjelenés alatt áll egy, az apák szülés körüli szerepeit vizsgáló tanulmánykötetben (Apák a szülés körül. Tanulmányok) Héjja-Nagy Katalin és Székely Zsófia szerkesztésében a L'Harmattan Kiadónál.

térbe terelte, amelyek egy része ma is ott zajlik. Ez éppen a személyre szabottságát korlátozza, amit többen úgy próbálnak áthidalni, hogy felkészítő anyagokat juttatnak el a résztvevőkhöz, s az online találkozókra már csak a felmerülő kérdésekből indulnak ki, ami azonban feltételezi a résztvevők aktív szándékát a felkészülésre. Sokan (szülésznők, bábák, dülák, perinatális szaktanácsadók) nehezményezik, hogy az interneten olyan laikus szülésfelkészítéseket is kínálnak, amelyek kizárólag saját szülésélményből táplálkoznak. Ugyanakkor van, aki a szociális és lelki felkészítéshez ezt is elegendőnek tartja, mert a családok fragmentálódása, illetve a családon belüli információcsere hiánya miatt kialakuló, szüléssel kapcsolatos szociális szorongás csökkentését tartja a legfontosabbnak. Ez a szüléssel kapcsolatos női tudás tartalmáról szóló differenciáltságra hívja fel a figyelmet.

Az otthoni szülésben dolgozó szakemberek ma is részt vesznek az információáramoltatásban, de jóval összetettebb módon, mint Losonczi megfigyelései idején. Egyrészt maguk is differenciálódtak, másrészt az otthoni szülés „legalizálása” a bábák tudását – elvben – legitimé tette. A bábái modell elvei 2019-től bekerültek az országos szülészeti ajánlásokba, ám messze nem bírnak a szülészeti szakmában széleskörű ismertséggel és elfogadással. A bábák szülésfelkészítői korlátozott számú érdeklődő számára nyújtanak ismeretforrást, ám online tartalmaik szabadon elérhetőek. Többen publikálnak és tevékenyen részt vállalnak az idegen nyelvű alternatív szülészeti irodalom fordításában, lektorálásában.

A bábáknál jóval nagyobb lendülettel vannak jelen az alternatív szülésmozgalom kampányaiban és mozgulásaiban a dülák, akik valamennyi olyan tudományos és laikus szervezetben képviseltetik magukat, amelyek a medikalizált szüléskultúra megreformálásán dolgoznak. Honlapjaik, szülésfelkészítőik, edukációs programjaik, szerepléseik sok emberhez eljutnak, ám ismertségük mégis kisebb, mint a bábáké, ugyanakkor megítélésük az egészségügy felől ellentmondásosnak tűnő helyzetük miatt kifejezetten megosztó. Az ellentmondás vagy annak látszata abból fakad, hogy a modern szüléskultúrában egészségügyi eseménynek és lehetséges vészhelyzetnek tekintett szülés körül nem egészségügyi segítőként vesznek részt – gyakran az egészségügy tereiben –, miközben maguk a szülést alapvetően szociális eseménynek és élettani folyamatnak tartják.

Az információ sűrűjében

Az információáramlás sűrűségét megsokszorozta az internet, ami a tapasztalatok oda-visszacsatolását tette lehetővé nemcsak a szakemberek és a szülésmozgalmak, illetve a leendő szülők között, hanem az érintett csoportokon belül is, ami rendkívül megnehezíti az információszelekciót. Ez pedig olyan problémákat generál, ami a megerősítés helyett éppen az elbizonytalanodást erősítheti. Részben mert a szülésdiskurzusok hálózatainak metszéspontjai között nem tud eligazodni az, akinek nincsenek a múltból hozott kapaszkodói, részben mert a kognitív stabilizáció (Davis-Floyd 2003) révén az egyén személyes képzetrendszere hajlamos a számára elérhető többség képzetrendszeréhez igazodni, részben pedig azért is, mert a személyes tudás egy olyan intézményben, ahol a laikus tapasztalati tudást felülírja a szakértői tanult tudás, viszonylagos és nehezen érvényesíthető. A tudástranszfer módja és hangvétele nagy kihívást jelent tehát a posztmodern szüléskultúra számára is, mert a túlmedikalizáció lehetséges következményeinek felvonultatása szuggesztív erővel bír. A felmerülő problémahalmaz megismerése révén a bajt jelentő kifejezések lavínja magát a kérdéses jelenséget (esetünkben a perinatális eseményeket) éppen úgy a veszélyesség képzetével társíthatja, mint maga a medikalizáció, továbbá traumatikus szülésükért az anyák az információk birtokában hajlamosabbak magukat okolni.

A laikus adatgyűjtés és adatmegosztás mint társadalomkritika

A modern szüléskultúrára jellemző biomedikális hegemonia éles kritikájaként értelmezhető a szülészeti ellátóhelyekre vonatkozó adatbázisok laikus létrehozása. Laikus abban az értelemben, amikor nem az állami/egészségügyi adminisztráció, hanem egyéni indítványú gyűjtések nyomán kínálnak erre vállalkozó civilek információt a szülészeti ellátásról önkéntes munka keretében. A Születéskalauzokról (Farkasné 1999, Farkasné-Velkei 2001, Velkei 2005) megemlékezett Losonczi is. Ezeket egy online adatgyűjtés követte 2016-ban a Kanga Egyesület szervezésében *Szülészetválasztó* elnevezéssel, amelyet szintén a kórházaknak kiküldött kérdőív önkéntesen nyújtott adatai alapján állítottak össze (amiben a szülészeti ellátás elveire és gyakorlatára kérdeztek rá a nemzetközi ajánlások alapján), majd a kapott eredményeket interneten nyilvánossá tették. Bár eleinte sok kórház megtagadta az adatszolgáltatást, végül a legtöbb intézmény válaszolt, miután a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság állásfoglalásában kimondta, hogy minden TB járulékfizetőnek joga van az ellátáshoz kapcsolódó adatok kikérésére. Mivel a munka nagyobb önkéntes humánerőforrást igényelt volna, a projekt nem tudott fennmaradni.

Ikerszülésének tapasztalatai után új szempontú adatgyűjtésbe kezdett 2019-ben egy édesanya, Pleván Tímea,⁹¹ ám ő nem a kórházaktól kikért adatokra támaszkodott, hanem az anyák számára szerkesztett online, önkéntesen kitölthető kérdőívet, amelyben a szülésekhez kapcsolódó tapasztalataikat méri jóval több változó mentén, mint a hivatalos, ám nem nyilvános statisztikák.⁹² A projektben mára (2025.05.15) 26.197 szülésre vonatkozó adat szerepel, amelyből 25.340 kórházi, 857 pedig otthoni szülésre vonatkozik. Az adatokat Pleván a nemzetközi ajánlásokkal összevetve sokféle szempontból elemzi, amelyeket részben közread a honlapján, részben előadások keretében bemutat. Nyilvánvaló, hogy az önbevalláson alapuló, önkéntesen kitöltött kérdőívek alapján, ismeretközvetítési céllal közreadott elemzés nem reprezentatív és módszertanilag nem szofisztikált (amely pozíciót tisztázza is, lévén nem társadalomkutató), ám több olyan változót mér, ami semmilyen egyéb felmérésből nem derül ki (pl. aranyóra,⁹³ késleltetett köldökzsinór-ellátás,⁹⁴ Kristeller-műfogás,⁹⁵ szülésindítás,⁹⁶ tájékoztatáson alapuló beleegyezés⁹⁷).⁹⁸

Hasonlóképpen anyai elégedetlenség szülte a jogász végzettségű népegészségügyi szakember, Ecsedi Gabriella elhatározását, hogy a nemzetközi ajánlások alapján könyvet ír, majd tájékoztatót készít a várandós nők számára a várandósság, a szülés, a császármetszés, illetve a császármetszés utáni hüvelyi szülés jellemzőivel és lehetőségeivel kapcsolatban. Első gyermeke császármetszéssel jött a világra, de a másodikat

91 Pleván Tímea pénzügyi, majd óvopedagógiai képzése után perinatális szaktanácsadói végzettséget szerzett.

92 https://ablakavilagra.com/kategoria/14_Szuleszeti-adatbazis

93 A szülést követő első néhány életóra, amely az anya és az újszülött hormonális hangoltsága miatt nagy szerepet játszik a kötődés és számos élettani mutató alakulásában (Necypor–Holley 2017).

94 A köldökzsinórban lévő vér lassan áramlik vissza az újszülöttbe, aminek kivárása élettani előnyöket jelent – erről lásd: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth..>

95 A hasfal felső részére gyakorolt nyomás, ami a magzat „kinyomását” eredményezi, ám az eljárást számos kritika érte (Youssef et al. 2018).

96 A szülést sokféle beavatkozással lehet indítani, amelyek mind egészségügyi, mind etikai, mind társadalomtudományi szempontból heves viták keresztüztében állnak (Yuill et al. 2022).

97 A tájékoztatáson alapuló beleegyezés azt jelenti, amikor a páciens olyan formában kapja a tájékoztatást, amit megért, és erről az ellátó megbizonyosodik. E jogunkat a hatályos egészségügyi törvény is garantálja. A felsorolásban szereplő kifejezések körüli szakmai viták kifejtésére nem elegendőek e tanulmány keretei.

98 A beavatkozások statisztikai elemzése a háttérinformációk ismerete nélkül szinte lehetetlen, ám a tendenciák így is kiolvashatóak az adatokból.

hüvelyi úton szeretne volna megszülni, amihez eleinte nem talált támogatást. Az időközben dúlai képesítést is szerző jogász tehát egyrészt a saját élményére, másrészt más nők élményeire hivatkozva kéri számon a pontos, korszerű és hozzáférhető tájékoztatást, s mond ki laikusként nyilvánosan elérhető kritikát az orvosi gyakorlatról. A gyermekszülés előtt álló nőket segítő Ecsedi összegezte a fontosnak tekintett ismereteket egy tízoldalas tájékoztatóban,⁹⁹ amit szakmailag a Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság akkori elnöke, az országos szülészeti szakfelügyelő (és MPPOT-tag) és az országos vezető védőnő véleményezett. A tájékoztatót a vezető védőnő a tisztifőorvos-asszony támogatásával szakmai segédanyagként küldte meg a kormánybiztosoknak, hogy juttassák el valamennyi védőnői szolgálathoz – ami a gyakorlatban kevésbé valósul meg.

Mindeközben már zajlott egy olyan tájékoztató megírása az Országos Kórházi Főigazgatóság kérésére, amit többféle szervezet jegyez,¹⁰⁰ s felépítésében, mondanivalójában hasonló elvet követ, mint Ecsedi tájékoztatója, ám hangvételük eltérő. Mindkét tájékoztató hiánypótló, mindkettő olyan progresszív szülészeti elveket ír le, amelyeknek betartása nagy előrelépés lenne, ám míg az egészségügyi dokumentumban ezek az elvek inkább olyan elképzelésekként értelmezhetők, amelyek az anyai visszajelzések alapján kevésbé valósulnak meg, addig Ecsedinél elvárásokként fogalmazódnak meg.

A hivatalos tájékoztató is elkészült 2021 őszén, és télen kikerült valamennyi kórház honlapjára, ám a 2023 nyarán végzett szülésélmény-vizsgálatunk során több anyától hallottuk, hogy a kórházban az orvosok és szülésznők nem ismerték a tájékoztatót, tehát inkább elméleti, mint gyakorlati jelentőséget tulajdoníthatunk neki. Ecsedi tájékoztatója éles kritikát kapott a szülészeti szakmai kollégium felől, igyekeztek hivatalos utakon is meggátolni a terjedését, és nem kívántak egyeztetni vele, amikor a végső változattal kapcsolatban kereste az illetékeseket a legfelsőbb szakmai fórumokon. A szakmai kollégiumot képviselő két orvos alapvetően nem a tájékoztató tartalmát kifogásolta, hanem a tényt, hogy nem szakmabéli írta, illetve a nőjogi hangvételt. Ez az eset is rávilágít a szüléskultúrák konfliktusának kognitív jellegére (Brehmer 1976), amelyek bár minden esetben az anyák és magzatjaik, újszülöttjeik jóllétének szolgálatát tűzik zászlajukra, a múltból, a társadalmi, illetve szakmai státuszából hozott minták, a képviselt értékek és az érdekkülönbségek miatt nehezen találnak közös hangot.

99 https://www.mpppot.hu/images/publikaciok/szules_csm_vbac_tajekoztato_ecsedig.pdf

100 https://www.mpppot.hu/images/publikaciok/Tajekoztato_a_szulesrol.pdf. A tájékoztatót az akkori Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) rendelkezése alapján országosan elérhetővé kell tenni mind elektronikus, mind nyomtatott formában valamennyi szülészeti osztályon.

A VÁLTOZÁSOK HATÁSA A BIZALOM ÉS A KISZOLGÁLTATOTTSÁG KÉRDÉSÉRE

Mára már magyar kutatás is rámutatott, hogy a bizalom megléte vagy hiánya mérhetően hatással van a szülés kimenetelére (Rados–Mészáros 2017). A magyar szülészetben az elmúlt két évtizedben zajló, meglehetősen sokrétű változás – a családbarát elvekre való nyitás, a nemzetközi ajánlások figyelembevétele, az otthonaszülés legalizálása, a nőjogi mozgalmak láthatósága az online térnek köszönhetően, az információhoz való hozzáférés lehetőségének növekedése, a paraszolvencia kriminalizálása, ugyanakkor a fentmaradt férfidominancia, a hagyományos gyakorlatok fenntartása a nemzetközi ajánlásokkal szemben, az orvos- és szülésznőképzés jellege, a kórház-, orvos- és szülésznőválasztás megszűnése, illetve a szülészeti visszajelzőrendszer és a transzparencia hiánya – összességében nem segítik a bizalom megerősödését. Az orvos- és szülésznőtársadalom részben a kormányzat központosító szemlélete miatt érzi autonómiájának elvesztését, részben a várandós nők tudatosságának növekedése miatt is tovább erősödik a medicina defenzív jellege. Az információdömpingben való eligazodás nehézsége egyszerre teszi áldássá és átokká a vélt vagy valós tudást. A hálapénzrendszer kivezetése együtt járt a személyes kapcsolat adta bizalom elvesztésével, noha ismert, hogy a személyválasztás egyik legfőbb oka éppen a bizalom volt (Sági–Baji 2017). Az eltérő pozíciókból és kompetenciákból adódó szempontrendszerek összehangolásának legfőbb gátja a kölcsönös bizalmatlanság.

A bizalom hiánya tartja fenn a kiszolgáltatottságot, ami továbbra is gúzsba köti a szereplőket, akárcsak Losonczi Ágnes kutatásainak idején. Az egységesítő törekvések ellenére kiszámíthatatlan, hogy a szülő nő milyen szülészeti ellátásban részesül, s a nők többsége csak a szülés irányításával tud az őt gondozó orvosnál szülni, noha utóbbira nagy az elvi igény (Kisdi–Földházi 2024). A családok nem bízhatnak olyan országos protokollban, amely egységesen megfelel a friss evidenciákon alapuló nemzetközi ajánlásoknak, s amelyet az ellátóhelyek be is tartanak, így a helyi protokollok és a szülésénél beosztotként jelenlévő orvos és szülésznő szemléletmódja határozzák meg, hogy a szülő nő milyen ellátást kap. Az orvosok és szülésznők egyrészt a szolgálati jogviszony elvi kötelmei miatt érzik kiszolgáltatottságukat, másrészt szakmai tekintélyük megkérdőjelezését érzékelik a nők növekvő tudatosságában, illetve a dúlák jelenlétében. A fiatal generáció és a női jelenlét erősödése miatt a szülészorvosok és szülésznők szemléletmódjának differenciáltsága ma jóval nagyobb, mint a 2000-es évek elején. A társtudományok, amelyek a szülés-születés módjának hosszú távú következményeit vizsgálják (pl. perinatális tudományok, pszichológia, epigenetika, vagy a hazánkban nem létező *midwifery studies*), szintén egyre több fórumon igyekeznek a szülészet újragondolásához hozzájárulni, ám ezt a szülészet felől a kompetenciák eltérő felfogásai miatt újabb bizalmatlanság övezi, s csak szűk körben létezik szakmai párbeszéd.

A legálisan választható lehetőséggé tett otthonaszülést szabályozó rendelet szintén magában rejti a kiszolgáltatottságot, lévén a rendelet nem konzisztens és nem szakszerű. A nőket, családokat a sokszempontú, konzekvens és hiteles információforrás és az ellátás egységességének hiánya teszi bizalmatlanná és kiszolgáltatottá, amit tovább fokoz, ha az ellátásban és a felkészítésben szereplő aktorok ellenségesen és nem partnereként tekintenek egymásra. Az egészségügyet kormányzó politika szintén kitett egyrészt a társadalompolitika, másrészt a szülészet szakmai vezetőit jelentő személyek érdekérvényesítő szándékainak.

Úgy tűnik, a szülés témáját körülvevő szakmai és társadalmi változások mélyen beágyazódnak abba a folyamatba, ami az elidegenedett emberi viszonyok dilemmáit és megoldási kísérleteit általánosan is jellemzi. A szülés-születés kulturális „kezelésének” kérdésköre nem értelmezhető az ember és a természet, az ember és a természetfeletti, az ember és ember viszonyrendszereinek, azok változásainak és változékonyságának figyelembevétele nélkül, ami fölhívja a figyelmet egyrészt a kirajzolódó holisztikus emberképre, másrészt a vizsgálatok holisztikus megközelítésének szükségére (Antal 2020:7–56, Kisdi 2013, 2019).

HIVATKOZÁSOK

- Antal Z. L. (2020) A holisztikus szemléletmód kialakulása és alkalmazása. In Antal Z.L.: *Egészségyszociológia holisztikus megközelítésben*. Budapest: L'Harmattan, 11–56.
- Baji P. – Rubashkin, N. – Szezik I. – Stoll, K. – Vedam, S. (2017) Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Social Science & Medicine*, 189, 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.015>
- Baji P. – Sági P. (2017) Hálapénz a szülészetben – egy kvalitatív vizsgálat eredményei. *Biztosítás és Kockázat*, 4(1), 83–97. <http://dx.doi.org/1018530/BK.2017.1.82>
- Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a családközpontú alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról (2025) *Egészségügyi Közlöny*, 75(3), 294–312. Elérhető: https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002295-2025-a-csaladkozpontu-alapelvekre-epulo-szuleszeti-es-ujszulottellatasrol&inline=true [Letöltve: 2025-04-20].
- Boros J. (2021) Császármetszések növekvő trendje a világban és Magyarországon. *Korfa*, 21(1), 1–5.
- Bradley, R.A. (1974) *Husband-Coached Childbirth*. New York: Harper and Row.
- Brehmer, B. (1976) Social Judgement Theory and the Analysis of Interpersonal Conflict. *Psychological Bulletin*, 83(6), 985–1003. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.83.6.985>
- Czenky K. (1988) Szülési, szülés előkészítő alternatívák. In Hanák K. (szerk.) *Terhesség–Szülés–Születés. I.* Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet. 73–101.
- Chen, I. – Opiyo, N. – Tavender, E. – Mortazhejri, S. – Rader, T. – Petkovic, J. – Yogasingam, S. – Taljaard, M. – Agarwal, S. – Laopaiboon, M. – Wasiak, J. – Khunpradit, S. – Lumbiganon, P. – Gruen R.L. – Betran, A.P. (2018) Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD005528. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005528.pub3>
- Colvin, C.J. (2022) Making Space for Qualitative Evidence in Global Maternal and Child Health Policymaking. In Wallace, L.J. – MacDonald, M.E. – Storeng, K.T. (szerk.) *Anthropologies of Global Maternal and Reproductive Health*. Springer (E-book), 159–178. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-84514-8>
- Connell, R. (1995) *Masculinities*. Cambridge: Polity.
- Csákány M. Gy. (2007) Él-e még a Tauffer-statisztika? Ha igen, mi ez, és mi a haszna? *Magyar Orvos*, 15(9), 33–35.
- Dahlen, H.G. – Kennedy, H.P. – Anderson, C.M. – Bell, A. F. – Clark, A. – Foureur, M.J. – Ohm, J.E. – Shearman, A.M. – Taylor, J.Y. – Wright, M.L. – Downe, S. (2013) The EPIIC hypothesis – Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses*, 280(5), 656–662. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.01.017>
- Davis-Floyd, R. (1993) The technocratic model of birth. In Hollins, T.S. – Persing, L. – Young, M.J. (szerk.) *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Urbana: University of Illinois. 297–326.
- Davis-Floyd, R. (2003) *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California.
- Dute, J. (2011) European Court of Human Rights. ECHR 2011/6 Case of Ternovszky v. Hungary, 14 December 2010, no. 67545/09 (Second Section). *European Journal of Health Law*, 18(2), 221–223. <https://doi.org/10.1163/157180911x566415>
- Dweik D. (2019) Császármetszés pszichoszociális javallatra? A császármetszés pszichés vonatkozásai az anyai kérésre végzett császármetszéstől a szüléstől való félelemig. In Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina, 256–264.
- Drabancz Á. (2020) A globális népességnövekedés mozgatórugói és a várható jövőbeli folyamatok. *Európai Tükör*, 4, 8–23. <https://doi.org/10.32559/et.2020.4.2>
- Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról (2019) *Magyar Közlöny*, 20, 2193–2212.
- Farkasné Sz. J. (szerk.) (1999) *Születéskalauz*. Budapest: MÉRCE Egyesület.
- Farkasné Sz. J. – Velkei É. (szerk.) (2001) *Születéskalauz*. Budapest: MÉRCE Egyesület.
- Fehér N. (2023) Roma nők a szülészeti ellátórendszerben. A dűlās szűlések fontossága egy kisebbségi telepűlésen. Szakdolgozat. Budapest: PPKE BTK Szociológiai Intézet, Szociálpedagógia Szak.
- Garai M. (2016) Szűlézeti erőszak és kommunikációs bázisa. Előadás a Magyar Szociológiai Társaság „Az erőszak és ellenségkép-képzés diskurzív stratégiái” című vándorkonferenciáján. Elérhető: https://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixa_Szuleszeti_eroszak.pdf [Letöltve: 2025-06-04].

- Goer, H. (2004) Humanizing Birth: A Global Grassroots Movement. *Birth*, 31(4), 308–314.
<https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00324.x>
- Hajdu H. (2025) Erőszak a szülészobán? Anyák, akik átérték a szülészeti erőszakot. OTDK dolgozat. Budapest: PPKE BTK Szociológiai Intézet, 37. OTDK. Szociológia tagozat.
- Hanák K. (szerk.) (1988) *Terhesség – Szülés – Születés I.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Hanák K. (szerk.) (1991) *Terhesség – Szülés – Születés II.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Héjja-Nagy K. (2015) A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a születés körül.* Budapest: L'Harmattan, 315–338.
- Héjja-Nagy K. (2020) A szülés élménye. Befolyásoló tényezők és hatása az anya-gyermek kapcsolatra. In Polonyi T. – Abari K. – Kiss T. (szerk.) *Válságok megelőzése és kezelése.* Budapest: Oriold és Társai, 53–75.
- Horváth Zs. (2016) A korai kötődéssel kapcsolatos orvosi gyakorlat, szakpolitikai irányelvek, törvények, társadalmi kezdeményezések és ezek kölcsönhatásai Magyarországon 1990 után. Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés. Budapest. Elérhető: https://www.mpppot.hu/images/perinat_zarodolgozat_pdf/Zsuzsanna_HORVATH_perinat_THESIS_w_evaluations_asof2016-12-30.pdf [Letöltve: 2025-06-04].
- ICI = International Childbirth Initiative (2019) Elérhető: <https://icichildbirth.org/initiative/>
- Kakemam, E. – Arab-Zozani, M. – Raeissi, P. – Albelbeisi, A.H. (2022) The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 800.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08194-w>
- Kapitány B. (2024) Intézetben kívüli születések Magyarországon a poszt-COVID-időszakban. *Orvosi Hetilap*, 165(27), 1044–1052.
<https://doi.org/10.1556/650.2024.33077>
- Kisdi B. (2013) *Mint a földbe hullott mag. Otthonszülés Magyarországon – egy antropológiai vizsgálat tanulságai.* Pécs–Budapest, PTE Néprajz – Kulturális Antropológia Tanszék, MTA BTK Néprajztudományi Intézet, L'Harmattan–Könyvpont.
- Kisdi B. (2016) Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz J. T. (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság.* Komárno: International Research Institute s.r.o., 321–330.
- Kisdi B. (2018) Notions of young women without children about childbirth. *European Journal of Mental Health*, 13(1), 19–37.
<https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.3>
- Kisdi B. (2019) A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elemzése. In Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina, 74–89.
- Kisdi B. (2021) Natural Childbirth Movement in Hungary. *Medical Anthropology And Bioethics*, 2(20).
<http://doi.org/10.33876/2224-9680/2020-2-20/02en>
- Kisdi B. (2022) A szülés politikája. In Bali J. – Papp R. – Povedák I. – Szász A. – Tomory, I. (szerk.) *Antropológia – Gondolkodás – Alkotás. A. Gergely András köszöntése 70. születésnapja alkalmából.* Budapest: Magyar Kulturális Antropológiai Társaság, 317–333.
- Kisdi B. (2023) A dúla. A perinatális segítségnyújtás szociális vetülete. *Embertárs*, 21(2), 183–203.
- Kisdi B. – Földházi E. (2024) A nők szülésélményét befolyásoló tényezők. In Karlovitz J.T. (szerk.) *Applied Sectoral Policies.* Grosspetersdorf: Sozial und Wirtschafts Forschungsgruppe, 369–387.
- Kitzinger, S. (2005) *The Politics of Birth.* Edinburgh: Elsevier.
- Kozhimannil, K.B. – Hardeman, R.R. – Alarid-Escudero, F. – Vogelsang, C. – Blauer-Peterson, C. – Howell, E.A. (2016) Modeling the cost effectiveness of doula care associated with reductions in preterm birth and cesarean delivery, *Birth*, 43(1), 20–27.
<https://doi.org/10.1111/birt.12218>
- Kupcsok J. (2025) Minden nő számít. Az alsószolcai közösségi dúlaszolgálat működésének és egy új helyszínen történő adaptálásának bemutatása. EMMA Egyesület Elérhető: <https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2025/05/minden-no-CC%8Bszaz-CC%81mi-CC%81t.pdf> [Letöltve: 2025-06-04].
- Kupcsok J. – Lamina S. – Molnár E. (2025) And Then We Reached the Border: There were a Million Women! *Journal of Science, Humanities and Arts*, 12(2). <https://doi.org/10.17160/josha.12.2.1040>
- Lamaze, F. (1956) *Painless Childbirth: The Lamaze Method.* New York: Pocket Books.
- Leboyer, F. (1975) *Birth without Violence.* New York: Alfred A. Knopf.
- Losonczy Á. (1988) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben.* Budapest: Magvető.

- Losonczi Á. (1991) Az új élet kihordása: szülés, születés. In Hanák K. (szerk.) *Terhesség – Szülés – Születés II.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet, 5–39.
- Losonczi Á. (1998) *Utak és korlátok az egészségügyben.* Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
- Losonczi Á. (2009) *Az ember ideje.* Budapest: Holnap.
- Necypor, J.L.– Holley, S.L. (2017) Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462–472. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
- Novák J. (2015) Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében.* Budapest: L'Harmattan – Pont, 149–184.
- Nyitrai E. (szerk.) (2021) *Dulatanulmány*, Elérhető: <https://bekesdulakor.hu/dulatanulmany-2021/> [Letöltve: 2025-06-04].
- O'Brien, E. – Rich, M. (2022) Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01022-4)
- O'Connor, B.B. (1993) The Home Birth Movement in the United States. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 18(2), 147–174. <https://doi.org/10.1093/jmp/18.2.147>
- Odent, M. (1984) *Birth Reborn.* New York: Pantheon Books.
- OSAP = Országos Statisztikai Alapfelvételi Program 1019 (2024) Az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása. A szülésznői munkakör állásainak száma, 2019–2023. KSH-tól kapott tábla adatkérésre.
- OSAP = Országos Statisztikai Alapfelvételi Program 1589 (2024) Kimutatás az orvosok, fogorvosok területi, szakképesítés, kor és nemek szerinti megoszlásáról 2019–2023. KSH-tól kapott tábla adatkérésre.
- Papp Z. (1999) A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a „tervezett otthonaszülés”-ről. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 62(3), 233.
- Pilling J. (2018) *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.* Budapest: Medicina.
- Pilling J. – Sándor I. (2002) Kommunikációoktatás az orvospépzésben. *Eszterházy Károly Főiskola Tudományos Közleményei*, 29, 224–230.
- Rados M. – Mészáros J. (2017) A támogató környezet szerepe a szülési stressz kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 158(29), 1149–1156.
- Reitsma, A. – Simioni, J. – Brunton, G. – Kaufman, K. – Hutton, E.K. (2021) Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *eClinicalMedicine*, 21. 100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- Rich, A. (1995) *Of Woman Born.* New York: W.W. Norton&Company.
- Sági P. – Baji P. (2017) Hálapénz a szülészetben – egy kvalitatív vizsgálat eredményei. *Biztosítás és Kockázat*, 4(1), 83–97. <http://dx.doi.org/1018530/BK.2017.1.82>
- Svéd T. (2021) Realitás – ahol a part szakad. Elérhető: <https://mok.hu/realitas/cikk/realitas--ahol-a-part-szakad> [Letöltve: 2025-06-04].
- Tóth G. – Kincses Á. – Kovács M. (2024) A termékenység térbelisége Magyarországon, 2021. *Területi Statisztika*, 64(1), 30–50. <https://doi.org/10.15196/ts640102>
- Tussing, A.D. – Wojtowycz, M.A. (1997) Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior. *Medical Care*, 35(2), 172–191. <https://doi.org/10.1097/00005650-199702000-00007>
- Varga K. (2019) A szülés-születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga K. – Andrek A. – Molnár J. (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina, 276–284.
- Varga K. (2020) (szerk.) *A szülési fájdalom kezelése. Nem farmakológiai módszerek.* Budapest: Medicina.
- Varga K. (2023) (szerk.) *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban.* Budapest: VL Sugár Bt.
- Varga K. – Andrek A. – Molnár J.E. (2019) (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina.
- Velkei É. (szerk.) (2005) *Hol jó szülni?* Budapest: Sanoma–Kismama.
- Vincze F. – Lipienné Krémer I. (2016) Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. *Orvosi Hetilap*, 157(11), 415–423. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30364>
- Wagner, M (2010) *Amerikából jöttem, mesterségem címere szülész-nőgyógyász. Könyv a változásért.* Budapest: Alternatal.

WHO [= World Health Organization] (2018) Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Elérhető: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> [Letöltve: 2025-06-04].

Youssef, A. – Salsi, G. – Cataneo, I. – Pacella, G. – Azzarone, C. – Paganotto, M.C. – Krsmanovic, J. – Montaguti, E. – Cariello, L. – Bellussi, F. – Rizzo, N. – Pilu, G. (2018) Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 53(1), 95–100. <https://doi.org/10.1002/uog.19085>

Yuill, C. – Harkness, M. – Wallace, C. – McCourt, C. – Cheyne, H. – Litosseliti, L. (2022) Inducing labour in the United Kingdom: A feminist critical discourse analysis of policy and guidance. *SSM – Qualitative Research in Health*, 2. 100108 <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100108>

ABSZTRAKT

A diabétesz krónikus betegség, ellátása azonban sok szempontból különbözik más krónikus betegségektől. A cukorbetegséget kezelő modern ellátási rendszerek többnyire medikális irányultságúak, annak ellenére, hogy a betegség kialakulásához és progressziójához vezető tényezők többnyire kívül esnek a medicina hatáskörén. A medikális kezelés a vércukorszint csökkentését vagy a betegség végletes következményeinek megelőzését tűzheti ki célul, amelyek gyakran konfliktusban állnak egymással. Az orvoslásban uralkodó „farmakolizációs” tendenciákkal összhangban a diabétesz terápiája is egyre inkább a gyógyszeres kezelésre koncentrál.

A betegutak így nagyrészen a megfelelő gyógyszer utáni kutatásból, próbálkozásokból állnak. A gyógy-szerek jelenlegi kínálata mellett ez a feladat csak az orvosok és a betegek együttműködésével végezhető el. A megfelelő gyógyszer (legyen az tabletta vagy inzulin) megtalálása és alkalmazása figyelmes, az orvosláson túli, világra nyitott, gondoskodó orvosi rezsimet igényel.

Tanulmányunk a cukorbetegség szemszögéből mutatja be a kezelésükkel kapcsolatos, számukra legfontosabb problémákat. 24 interjút készítettünk, az ország 6 különböző járásában élő, 4–4 cukorbeteggel. A beszámolók alapján három különböző gondozási rezsimek működése körvonalazható: az elhanyagoló, a gépies és a gondoskodó típusú. A legjobb eredmény a gondoskodó rezsimektől várható. A betegutak során vizsgáltuk a gondoskodóbb rezsimek megtalálása felé irányuló betegutak sajátosságait is.

A betegút kezdetén igénybe vett ellátás minőségét nem feltétlenül a járás gazdasági helyzete szabja meg, kivéve a leghátrányosabb helyzetű járást: az ott élők közül senki sem számolt be arról, hogy gondoskodó típusú ellátással találkozott volna. Nem megfelelőnek tartott ellátás esetén alternatív ellátóra volt szükség, és az ellátóváltást találtuk az egyenlőtlenségeket generáló legfontosabb folyamatnak. A nagyobb településeken lévő lakóhely, a jobb közlekedési kapcsolatok, a több anyagi erőforrás vagy egy nagy országos (általános vagy specializált) kezelőközpont működése a közelben növelte a jobb ellátáshoz jutás esélyeit. Az egyenlőtlenségeket ironikus módon az is mérsékelheti, hogy a kevésbé tehetősebb, elesettebb betegek több és súlyosabb társbetegséggel küzdenek, akiket olyan más szakemberek kezelnek, akik esetlegesen képesek korrigálni a specializált diabétesz-ellátás hiányosságait.

Kulcsszavak: diabéteszellátás, ellátási rezsimek, egyenlőtlenségek, betegutak

¹ KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

² ELTE TáTK Közgazdaságtudományi Tanszék, adjunktus; ESSRG, kutató.

³ KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

⁴ Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet.

⁵ Ez a tanulmány a „Betegutak a magyar egészségügyi rendszerben” című NKFI kutatás (K 129071 sz.) keretében készült.

THE BIOMEDICAL UNIVERSE AND INDIVIDUAL SUFFERING

Diabetic patients' pathways in the Hungarian Health Care system

ABSTRACT

Among care regimens for chronic diseases, diabetes care is special. While modern diabetes care is primarily centred on medical treatment, the factors that contribute to disease emergence and progression are mostly outside its realm. Medical treatment of diabetes can often have the conflicting goals of lowering blood sugar levels or preventing the often-fatal consequences of the disease. In alignment with the broader patterns of “pharmaceuticalization” within medicine, the focus of diabetes therapies is increasingly shifting toward drug prescriptions, which represents a biologically oriented model of diabetes management.

Major parts of the patients' pathways, therefore, consist of searching for the appropriate drug. Given the large probability of complications and other related problems, this task can only be carried out by the cooperation of physicians and patients. Finding and adjusting to the proper medication (be it a pill or insulin) needs attentive, caring medical regimes open to the non-medical aspects of disease management.

This study represents the perspective of diabetic patients on their own treatment. We used the narratives provided by 24 interviews: 4 from each of 6 different regions of Hungary. According to the narratives, three different regimens of care could be distinguished: neglective, routine-business-like, and attentive. The best outcome can be expected in attentive regimens. Pathways were examined as moving toward more attentive regimens.

The quality of care was originally not necessarily in line with the economic standing of the area, except for the most deprived area, from which nobody reported experiencing attentive care. Inequalities in the probability of finding a more attentive provider in case of need is a main factor shaping inequalities in care. This probability is influenced by the factors of living in larger settlements, having better transport connections to large centres, having more financial resources, or having a large national (general or specialized) treatment centre nearby. Inequalities are, ironically, moderated by the fact that less well-off patients have more serious comorbid conditions and are treated by other specialists who may be able to correct the shortcomings of the specialised diabetes care.

Keywords: diabetes care, care regimens, inequalities, patients' pathways

BIOMEDIKÁLIS UNIVERZUM ÉS INDIVIDUÁLIS SZENVEDÉS

DIABÉTESZESEK BETEGÚTJAI A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN

ELŐSZÓ

Losonczi Ágnes az orvoslás környékén élők körében mindenképpen legnépszerűbb könyve az 1986-ban megjelent „A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben” volt. Trükkös esszé, amely a kora 1980-as évek magyar egészségügyi viszonyainak leírásán keresztül tette észrevétlenül, igen olvasmányos módon közkincsé a később itthon is színre lépő egészségszociológiai tudományterület tudásának jelentős részét. Ebben az időszakban a medicina fejlődése (elsősorban a nyugati országokban) korábban soha nem látott csúcokra ért, a szocialista országokban az egészségbiztosítás végre általánossá, az egészségügyi ellátás pedig ennek következtében tömegessé és zsúfolttá vált, a tervgazdaság már piaci elemekkel bővült, a társadalomban a fokozatos jogkiterjedés alapvetően központosított és adományjellegű volt, és változatlanul jelen voltak a feudális viszonyok maradványai is. A hiánygazdaságban a termelő ágazatok domináltak: az úgynevezett nem-termelő ágazatok (például az egészségügy) finoman szólva sem élveztek prioritást. Ezek azok a Losonczi által figyelembe vett körülmények, amelyek között az egészségügy működését, az egészségügyben megfordulók (a kor szemléletének némiképp megfelelően a betegek és az orvosokra koncentrálnak) egymáshoz való viszonyait leírta, s amelyekhez való kapcsolatát ezeknek a viszonyoknak bemutatta.

A könyv tehát elsősorban a társadalmi viszonyokról szól, s ezeknek a viszonyoknak Losonczi szerint közös vonása a kiszolgáltatottság. A beteg kiszolgáltatottsága saját testéről való tudásának hiányából, az egészségügyi szolgáltatások (egyenlőtlen) elosztásának struktúrájában elfoglalt helyzetéből, a gyógyítás világának szereplői között fennálló kölcsönös bizalmatlansági háló rá eső következményiből (vajh' táppénzcsaló-e a beteg) és az ezekből következő adminisztratív túlbiztosítás rá eső terheiből, valamint az orvosi specializáció által közvetített „részekre esés”-ből adódott. Az orvosok kiszolgáltatottsága munkafeltételeik minőségén keresztül materializálódott. Az orvosokat kettős feudális háló működése fojtogatta: a központi hatalom gazdasági prioritásokat követő, adományozó jellegű viszonya az egyes egészségügyi intézményekhez és szolgáltatásokhoz, amely a „kijárási potenciáltól” (lobbierőtől) tette függővé az egyes intézmények, illetve szolgáltatások anyagi és személyi ellátottságát, valamint az orvostársadalom belső, rendies szervezettsége, amely a hivatásrendek országhatárokon túlnyúló jellegzetessége. A belső, elvileg szakmai kiválóságon alapuló hierarchia nem rendeltetésszerűen működött, magasabb posztjait nem a szakmai kiválóság, hanem a hatalomhoz való közelség szempontjai alapján töltötték fel. A makroszintű hatások különösen két, szervezeti szinten is megjelenő nyomot hagytak az egészségügyi rendszeren. Egyrészt, a mindent átható hiány és szűkösség körülményei között nagyobb hangsúly helyeződött az alapellátásra, amely az olcsó munkaerő és a drága eszközök szabta keretek között a leghatékonyabb megoldásnak tűnt. A szakellátást illetően pedig létrejött a (Losonczi megfogalmazásában) kentaur jellegű járóbeteg-szakellátási hálózat, de szakmaspecifikus arányai sem ennek, sem a kórházi ellátásnak, sem a szükségleteknek, hanem elsősorban a már említett kijárási potenciálnak megfelelően alakultak. A torz és hierarchikus rendszer következményeit Losonczi szerint paradox

módon éppen a hivatásrend egyéb szabályainak követése korrigálhatta. Az empátia, a betegek felé fordulás, a szakmai kiválóságra és a gyógyítás magas színvonalára való törekvés ugyanúgy részét képezte a hivatásrend követelményeinek, ugyanakkor azoknak az egészségügyi vezetőknek, akik a hatalomhoz való közelségüknek köszönhetően vezető pozícióikat, ritkán kellett ezeknek eleget tenniük. Ezért a hierarchia rejtett zugaiban bújtak meg azok az empatikus és jó orvosok, akik – időnként szigetszerűen kiváló műhelyekbe is tömörülve – sokszor éppen az ellátás legkevésbé preferált pontjain nyújtották a legjobb ellátást.

A betegek és orvosok közötti viszonyokat a fájdalmasan erős aszimmetria, a kölcsönös bizalmatlanság és a betegek és az orvosok helyzetét még egyenlőtlenebbé tévő paraszolvencia mérgező jelenléte alakította. Az emberség és az odafigyelés eszméjét a „deviáns” orvosok képviselték a gyakorlatban, életben tartva az eszméket és a pácienseket is.

Későbbi kötetében Losonczi (1998) ehhez az érzékeny, alulnézeti, szinte szociográfiai perspektívához egy felülnézetet is társított, megvilágítva, hogyan fordulnak a társadalmi egyenlőtlenségek az egészség (egészségi állapot, életesélyek, halálozás) egyenlőtlenségeibe. Jóllehet a könyv megjelenése óta közel harminc, az alapját képező kutatás óta pedig még ennél is több év telt el, érvényessége változatlan. A magyar népesség átlagosan (még mindig) rossz egészségi állapot-mutatóinak elsődleges oka az egyenlőtlenségekre vezethető vissza, azaz a rossz egészségi állapotban lévők magas arányára. A rossz egészségben élők magas aránya pedig a szegénységhez, a tudatlansághoz, és az egészségügy bonyolult, átláthatatlan rendszerében való eligazodásra való képtelenséghez kapcsolódik.

A makroszintű egyenlőtlenségek feltételei között az emberi élet értékének személyes értékelése is szisztematikusan különbözően, a társadalmi helyzet függvényében alakul. Ahhoz, hogy az ember az egészséget eredményező önfegyelem parancsát, ami az egészséget elsősorban az egyén felelősségi körében láttatja, be tudja tartani, értékkel kell bírnia saját maga számára, és ezt az értéket a társadalom kedvezőtlen helyzetű csoportjaiban más értékek könnyebben háttérbe szoríthatják. Az egyenlőtlenségek földrajzi metszetben is megjelennek. Egyrészt a településhierarchiához kapcsolódó „tradicionális” egészségegyenlőtlenségek fennmaradásában, másrészt a rendszerváltás után a nehézipar összeomlását leginkább megszenvedő területeken élők relatív egészségromlásának kialakulásában (Scheiring et al, 2023). Ebben a tanulmányban az egészségügy működésének csupán egy kisebb szegmensét vizsgáljuk, azokat a szolgáltatásokat, amelyek a cukorbetegség ellátását célozzák. S ha nem is reménykedünk abban, hogy mint cseppben a tengert, ennek a kicsiny szegmensnek a működése alapján az egész egészségügy működésére vonatkozóan átfogó képet tudunk rajzolni, Losonczi minden fent kiemelt elemzési pontját érdemesnek tartjuk szemügyre venni a tekintetben, hogy hogyan alakulnak mindezek 35 évvel később, a piacgazdaság és a központi irányítás jellegzetes keverékének jelenkori feltételei között. Elemzésünk ugyanakkor kevésbé kiegyensúlyozott, hiszen elsősorban és majdnem kizárólagosan a betegek szempontjából szemléli a magyar egészségügy működését.

BEVEZETÉS

A cukorbetegség számos, igen különböző szociológiai diskurzushoz kapcsolódó vizsgálat tárgya volt az elmúlt évtizedekben.

A cukorbetegség krónikus jellegénél fogva jó példája volt az orvos-beteg kapcsolatok alakulását, ezen belül pedig különösen a klasszikus betegszerep átalakulását vizsgáló kutatásoknak. A krónikus betegségek dominánssá válásának korszakában ezek a vizsgálatok a betegek „emancipációjának” sokarcú folyamatát követték nyomon, amelynek során a beteg egyre informáltabbá, és a saját testére és egészségére vonatkozó döntések egyre aktívabb résztvevőjévé vált. Ugyanakkor ezen, társadalmilag korántsem mindenre kiterjedő folyamat során a gyógyulásért viselt felelősség is megoszlik az gyógyító és a beteg között. A neoliberalizmus-kritikai állaspontok azokat a tendenciákat hangsúlyozzák, amelyek során a gyógyítók és a gyógyítást finanszírozók, elsősorban az életmód kérdésének tematizálásán keresztül a megbetegedésért és a gyógyulásért való felelősséget teljes mértékben a betegre hárítják (Broom–Whitaker 2004). A kapitalista társadalmak fogyasztáskritikája viszont a betegek egyre inkább fogyasztóként való megjelenésének, sőt, változó jellegű fogyasztókká való alakulásának a folyamatát hangsúlyozza, amely folyamat nem elsősorban azért érdekes, mert az orvos-beteg viszony jellegét változtatja meg, hanem inkább amiatt, mert a szűkös erőforrásokat eltérítheti a fontos feladatok ellátásától (Iliffe–Manthorpe 2020). A legnagyobb figyelem azonban a gyógyító és beteg közötti interperszonális kapcsolat alakulásának kérdését övezte, hiszen a krónikus betegségek esetében ez a viszony nem alkalmi találkozásokról áll, hanem évtizedeken át is tarthat, így tartalma és a gyógyításban betöltött szerepe is jelentősen átalakul (Timmermans 2020).

A szociológiai érdeklődés másik fontos területe a betegség megélése, a betegségtörténetek és azoknak az élettörténet egészére gyakorolt hatása volt. A cukorbetegséggel élők megélt élettapasztalatait bemutató egyik legismertebb tanulmány szerint (Paterson–Thorne–Dewis 1998) ezeknek a betegségtörténeteknek a megértéséhez az egyensúly metaforája kínálja a kulcsot. Kutatásunk eredeti célja a diabétesszel élők magyarországi egészségügyi rendszerében megtett útjainak elemzése, a rendszer-és helyspecifikus problémák feltérképezése volt. S miközben ezt próbáltuk tenni, arra ébredtünk rá, hogy a magyar betegek narratívái, hasonlóan a Paterson és szerzőtársai által bemutatott kanadai betegekhez, alapvetően az egyensúlyról, és azokról a néha meglehetősen hosszú, szenvedésteli időszakokról szólnak, amelyek során életüket az egyensúly hiánya tette igen nehezzé. A percepciók szociológiai elemzésének eredményeit epidemiológiai vizsgálatok is megerősítették. Egy kurrens szakirodalmi áttekintés szerint a 2010-es évek Európájában a megnövekedett glikémiás szinttel élő (és kezelés alatt is álló) személyek fele nincs egyensúlyi állapotban, azaz kezelése bizonyos értelemben sikertelen (Labrinou et al, 2019). A szenvedéstörténetek egyrészt a testi egyensúlytalanság állapotához, másrészt a társadalmi kizáródás okozta nehézségekhez kapcsolódnak. A magyar betegségtörténetekben a szenvedés leggyakrabban a gyógyszerhasználat témája köré szerveződve merült fel.

A gyógyszerhasználat társadalmi mintázatainak szociológiai vizsgálatai a medikalizáció körüli diskurzushoz kapcsolódnak. A medikalizáció, azaz a gyógyítás világának az életvilág egyre több szegmensébe való belépésével kapcsolatos dilemmákat a 20. század utolsó évtizedében az úgynevezett farmakolizáció, azaz a gyógyszerek használatának korábban elképzelhetetlen mértékű terjedéséhez kapcsolódó dilemmák megvitatása váltotta fel (Bell–Figert 2012). A gyógyszerek használatának a mindennapi élet legkülönbözőbb területein való megjelenése mellett a kutatók az orvosláson belül is a gyógyszerek szerepének növekedését, dominánssá válását figyelték meg. A 20. század végére már kialakult az az állapot, amelyben az orvos-beteg

találkozások (mindkét fél oldaláról) akkor tekintődnek sikeresen elvégzettnek, ha receptfelírást eredményeznek (Bushfield 2010).

A cukorbetegség esetében a gyógyszerhasználat kérdése különös jelentőségű, ennek megértéséhez azonban a betegség jellegzeteségeinek bemutatása is szükséges.

A betegség lényege a szervezet metabolikus egyensúlyának megbomlása, és amennyiben ez az egyensúly nem áll helyre, az egyensúlytalanság a spektrum minkét végén (a nagyon alacsony cukorszint, a hipoglikémia, illetve a nagyon magas cukorszint, a hiperglikémia) önmagában életveszélyes állapotot eredményez. A nem extrém, de kelleténél magasabb vagy (ritkábban) alacsonyabb vércukorszint pedig számos, további betegség kialakulásához vezethet, elsősorban látásproblémákhoz, szélsőséges esetben vaksághoz, a vesefunkciók végzetes romlásához, illetve az erek állapotának romlásához, amelynek lábban jelentkező formája Magyarországon a nemzetközi arányokhoz képest gyakrabban (Kolossváry–Járai–Farkas 2016) amputációval végződik. A cukorbetegségben szenvedők leggyakrabban szívbetegségben halnak meg, hasonlóan másokhoz, de jóval korábban.

A diabéteszes betegek életét formáló másik döntő körülmény, hogy a diabétesz ritkán jelentkezik önmagában. A tipikus társbetegségek egy része feltehetően szoros kapcsolatban áll a cukorbetegséggel (mint például a pajzsmirigyproblémák), más része lehet annak következménye is, de adódhat egyszerűen a betegek korstruktúrájából és az általános morbiditási állapotokból is (magas vérnyomás, keringési betegségek, mozgásszervi problémák). Az Egyesült Államokban a krónikus betegségek számát átlagosan 5 körülinek találták diabéteszes betegek körében (Kahn–Anderson 2009).

A gyógyszerekre alapozó biomedikális modell keretein belül ebből következően nagyon sok a feszültség. A cukorbetegséggel kapcsolatosan a gyógyszeres orvoslásra vonatkozó problémák nagy részét már több évtizeddel ezelőtt felismerték (Holstein et al. 1999), s ezek elsősorban az ellenjavalt gyógyszerek rendelésével voltak kapcsolatosak. A legfrissebb kutatások szerint Európa legtöbb országában a betegek jelentős aránya a közelmúltban is olyan gyógyszereket szedett, amelyek saját társbetegségei miatt számukra nem lennének ajánlottak. A 2000-es évek végéig az e témakörben publikált cikkek áttekintése során Ayalew és munkatársai (2022) arra jutottak, hogy az általuk áttekintett, mintegy 190 cikk alapján a 2-es típusú diabéteszben szenvedők gyógyszerhasználatában a leggyakoribb (az esetek 45%-ban jelentkező) probléma a potenciális gyógyszerinterakció volt, amelyet gyakoriság szerint a potenciálisan ellenjavalt gyógyszerek rendelése követett (22%). További gondként jelentkezett a nem megfelelő gyógyszer kiválasztása (13%), illetve a megfelelően kiválasztott, de rosszul kalibrált dózisban rendelt gyógyszer (12%). Mindemellett a szerzők felhívták arra a figyelmet, hogy diabétesz esetében a kardiovaszkuláris betegségek megelőzése szempontjainak érvényesítése a gyógyszerrendelés tekintetében is szinte kötelező, a gyakorlatban ugyanakkor erre meglehetősen ritkán került sor.

A terápiás ajánlat, bár távolról dinamikusan fejlődőnek és bőségesnek tűnik, közelebbről nézve számos nehézséget rejt magában. Bizonyos gyógyszerek a glukózszint szabályozását szolgálják, amelyek az életveszélyes állapotok elkerülésében segítve rövid távú haszonnal kecsegtetnek, mások inkább a hosszabb távon jelentkező szövődmények kialakulásának kockázatait csökkentik. A különböző orientációjú gyógyszerek különböző mellékhatásokkal járhatnak. A terápia célja így egyáltalán nem egyértelmű. Az orvos fő szempontja a túlgyógyszerezés elkerülése, a beteg viszont elsősorban az életét ellehetetlenítő mellékhatások elől menekül (Rodriguez-Gutierrez et al. 2019). Egy Katalóniában készült, több, mint 225 000 diabéteszes beteg adatait

feldolgozó tanulmány szerint a betegek 20%-ot kissé meghaladó aránya szenvedett vesebetegségtől, 12%-uk pedig ischaemiás szívbetegségtől, amelyek esetében a leggyakrabban alkalmazott és alapgyógyszerként ajánlott *metformin*, illetve *sulfonyluerea* típusú gyógyszerek rendelése ellenjavalt. Ennek ellenére a legtöbb ilyen beteg e kategóriákba eső gyógyszert kapott (Ruiz-Tamayo et al. 2016).

A betegek szenvedéseinek jó részét a gyógyszerek mellékhatásai okozzák, miközben az orvos abban sem lehet biztos, hogy a beteg érdekeinek leginkább megfelelő terápiás célt tűzte ki, abban pedig végképp nem, hogy a felírt gyógyszer valóban sikerrel alkalmazható-e a kezelt betegnél. A sikerek ritkák, a kudarcok gyakoriak, amely frusztráció és a kiégés veszélyének teszi ki a cukorbetegséggel foglalkozó ellátókat.

A krónikus betegségeken belül a cukorbetegség kezelésének sajátos dilemmái részben a betegség „új” jellegéből adódnak. A globális észak gazdagabb országaiban korábban kezdődött meg a cukorbetegség előfordulásának dinamikus növekedése, amelyet Magyarországon a kétezres évek első két évtizedében tapasztalt meg. Ezen időszak során a nyilvántartott cukorbetegek száma megötszöröződött, 2019-re elérve, sőt, kissé meg is haladva az 1 milliót.⁶ Ezzel párhuzamosan jött létre egy új orvosi szakág, a diabetológia. Míg korábban a cukorbetegség kezelése elsősorban az endokrinológia hatáskörébe tartozott, ma a családorvosok és a diabetológusok megosztva látják el ezt a feladatot. A hatáskörök a két szakma között nem egyértelműen válnak el, bár a háziorvosi praxishoz tartoznának az egyszerűbb, a szakellátáshoz pedig a bonyolultabb esetek. A 2000-es évek során jelentek meg a cukorbetegség ellátását szabályozó eljárásrendek, protokollok.

Azokban az országokban, ahol az esetszámok robbanásszerű emelkedésére korábban került sor, gazdag ismeretanyag gyűlt össze a kezelések tartalma és a kezelések eredményessége közötti összefüggésekről.

Az új kezelési rezsimek esetében, amelyek mindenhol biomedikális megközelítéssel szerveződtek meg – részletes vizsgálatok születtek ellátásszervezési kérdéseikről, aktuális működésük részleteiről, ezen belül pedig a gyógyítók és betegek közötti viszony alakulásáról. Az orvosok és a betegek interakciójának elemzése során világossá vált, hogy a betegek és a professzionális ellátók igencsak különböznek a betegség megértését tekintve, hogy a terápia során különböző célokat követhetnek, hogy a betegek nem veszik szentírásnak az orvosi javaslatokat, inkább tesztelik azokat, hogy az állapot nem javulhat az életmód, ezen belül is elsősorban az étkezés megfelelő irányú módosítása nélkül, és hogy a biomedikális kezelések leginkább akkor vezetnek eredményre, ha az ellátás folyamatos, intenzív, és érzékeny a betegek élethelyzetére, értékeire, szomatikus reakcióira. A legjobb ellátási modellnek azt találták, amelyben a hangsúly a beteg betegségének önmaga által való menedzseléséhez szükséges ismeretek átadásán, képességek megerősítésén és a lehetőségek megtalálásában nyújtott segítségen van (Stott et al. 1995).

Ezeket a követelményeket a diabétesz gyakoriságának növekedésével párhuzamosan kiépülő egészségügyi rezsimek igen változatos módon próbálták megvalósítani. A főképp a gyógyszeres kezelések rendjét szabályozó protokollok hasonlóságán túl az ellátók köre meglehetősen változatos. Az alapellátás és a szakellátás változatos kombinációit találhatjuk meg a különböző országokban, a legnagyobb különbség azonban az orvosok mellett dolgozó szakellátók összetételében és részvételének súlyában mutatkozik. A dietetikus, a diétás nővér, a gyógyszerész, az edukátor, a podiáter, a diabéteszre szakosodott szociális munkás mind része lehet az ellátásnak. A kevés rendelkezésre álló elemzés azt sejteti, hogy a posztszocialista országokban gyakoribb a biomedikális modell dominanciája, ennek megfelelően a nem orvosi tevékenységek jóval kisebb súlyt kapnak.

6 KSH Tájékoztatói Adatbázis/Népesség és társadalomstatistika/Egészségügy/megbetegedések, balesetek/ Felnőttek betegségei
https://statinfo.ksh.hu/Statinfo/QueryServlet?ha=FE1A09_W

A gyógyítás szűkebb világából kilépve Lutfey és Freese (2005) a diabéteszellátást az egyenlőtlenségek 2000-es évek elején divatos „fundamentális okok” elméletének értelmezése szempontjából elemezte. Két igen eltérő klientúrájú amerikai diabéteszklinika (járóbeteg-szakellátás) szervezettségének, működés módjának elemzése során bemutatták, hogy ezek a működésmódok valójában azok a mechanizmusok, amelyek a megbetegedés amúgy is eltérő társadalmi esélyeit a sikeres betegségmenedzsment még nagyobb egyenlőtlenségeivé alakítják át. A szakemberösszetételben és a működésmódban mutatkozó különbségek elegendőek voltak ahhoz, hogy gyökeresen különböző eredményeket, azaz a diabétesz menedzsmentjének, a szövődmények kialakulásának, összességében pedig az életésélyek alakulásának a kezelésbe kerülés előtt is már fennálló egyenlőtlenségeit tovább mélyítsék. A magasabb státuszú klientúrát ellátó, főképp biztosított betegeket fogadó klinika két főállású specialistát, számos edukátort, diétás nővért és medikális problémákra szakosodott szociális munkást is alkalmazott. Az alacsonyabb, főképp egészségbiztosítással nem rendelkező klientúrájú klinikán viszont csupán részállású és rotált munkarendben dolgozó, gyakran rezidens orvosok, illetve néhány nővér biztosította az ellátást. A két klinika közötti legfőbb különbség az ellátás folytonosságában mutatkozott. A magas presztízsű klinikán az orvosok személyesen ismerték pácienseiket, több időt tudtak a velük való személyes beszélgetésre szánni, amelynek eredményeképpen sokfajta, nagy mennyiségű és személyre szabott információt tártak betegeik elé, míg az alacsonyabb presztízsű klinikán ennek fordítottja volt igaz. Az alacsonyabb státuszú betegek tehát nem csupán az ellátáshoz (ezen belül a gyógyszerekhez) jutottak hozzá nehezebben, de a számukra hozzáférhető ellátás is kevesebb segítséget nyújtott abban, hogy eleve nehezebb élethelyzetükben betegségüket sikeresen tudják menedzselni.

Mind az ellátásszervezési tapasztalatok, mind pedig az egyenlőtlenségeket formáló társadalmi mechanizmusok felől szemlélve a diabéteszellátás kulcskérdése, hogy szervezhető-e úgy, hogy kellő mélységű szakértelemmel rendelkező ellátó kellő mélységű figyelmet tudjon fordítani az egyes betegekre, azaz képes legyen az információk cseréjére, a beteggel való együttműködésre és lehetőség szerint személyes megismerésére.

A biomedikális ellátást számos, saját rendszere által termelt ellentmondás feszíti. Miközben újabb és újabb (jellemzően drága) gyógyszerek kerülnek a piacra, azok terápiás előnyei gyakran alig haladják meg a korábbi, leváltásra szánt gyógyszer generációt, és jó időbe telik, míg az eredményességbe vetett hit erősebb lesz, mint az olyan típusú gyanakvás, hogy csupán egy újabb gyógyszerpiaci akcióról, marketingről volt szó az új gyógyszer bevezetésekor (Weiss et al. 2020, Hunt et al. 2021). A terápia célja nem mindig pontosan definiált, az egyes betegek reakciója a kínált kezelésekre megjósolhatatlan, a több komorbid kondícióval küzdő beteg számos szakellátónál keletkezett eredményeit valakinek rendeznie kellene. S mindeközben a betegség menedzsmentjének sikeressége alapvetően függ a betegség nem-medikális menedzsmentjétől, elsősorban a megfelelő étkezéstől. Ez pedig annak függvénye, hogy a gyógyszerek köré szervezett ellátás mennyiben tud saját univerzumából kimozdulni, és a betegek életének nem-medikális aspektusait illetően is segítséget nyújtani.

Elemzésünk a cukorbetegséggel élők betegútjairól szól, kezelésükre, a magyar egészségügyi rendszerben szerzett tapasztalataikra koncentrálva. Az elemzésben számos fontos kérdést, köztük például a betegidentitások alakulásának kérdését csak érintőlegesen említjük majd. Elemzésünk középpontjában az egyenlőtlenségeket alakító mechanizmusok feltárása áll. A betegek egészségügyi rendszeren belüli kezelésükről szóló tapasztalatai alapján próbáljuk megérteni az egészségügyi rendszer hozzájárulását a diabéteszhalálozás láthatóan nagy területi különbségeinek alakuláshoz azon keresztül, hogy feltárjuk, milyen módon működik ma a diabétesz ellátása Magyarországon, milyen problémákkal szembesülnek a cukorbeteg emberek, és milyen módon próbálnak ezekkel megküzdeni.

ADATOK ÉS MÓDSZER

Mintaválasztás

Vizsgálatunk empirikus alapjául a „Betegutak a magyar egészségügyi rendszerben” című kutatásunk keretei között készült interjúk szolgálnak. A fent említett kutatás három kutatási területének egyike volt a cukorbetegség, amely kezelésének jellegzetességeit egyrészt regiszteradatok felhasználásával, másrészt a betegekkel készített interjúk segítségével vizsgáltuk. Mind az általunk vizsgált regiszteradatok, mind pedig korábbi, kapcsolódó problémákra irányuló vizsgálatok (Dózsa et al. 2020, Kollányi et al. 2023) jelentős területi különbségekre utaltak a diabéteszhalálozást és a betegség ellátását illetően is. Ezért a korábban gyűjtött mortalitási és ellátásra vonatkozó adataink felhasználásával területi kvótát alakítottunk ki, amelyben 10 járás (ezen belül 2 budapesti kerület) szerepelt, reprezentálva a magas, illetve alacsony halandóságú, és a feltehetően jól, illetve kevésbé jól ellátott járásokat. Ebből a 10 járásból 6 olyan járást választottunk ki, amelyekben egyrészt elegendő számú olyan interjú készült, amelyben a betegutak jól követhetők voltak, másrészt összességében lehetővé tették a kisebb települések reprezentációját is, harmadrészt pedig jól reprezentálták (Budapestet leszámítva) az ország észak-keleti, egy-egy pedig a dél-dunántúli, a közép-dunántúli, a dél-alföldi és a közép-magyarországi régióját. Elemzésünk ezért kevésbé lesz vonatkoztatható a budapesti viszonyokra, ahol az ellátáshoz való hozzáférés sok feltétele alapvetően különböző. Járásonként 4–4 interjú szövegét elemeztük. Az interjúkban rögzített betegutak fő jellemzőit a Függelék F1. táblázata tartalmazza.

Az interjúk elemzéséhez választott módszer megkívánta munkaintenzitás nem tette volna lehetővé a kiválasztott 24-nél több interjú elemzését, a 24 interjú viszont különböző végzettségű és jövedelmű betegek betegségstörténetét rögzíti. A kiválasztott interjúk alanyainak életkori megoszlása hasonló a diabéteszrel kezelték kor megoszlásához. Az interjúk vizsgálatok természeténél fogva nem törekedtünk arra, hogy a betegek minden szempontból reprezentálják a magyarországi cukorbeteg népségét. Célunk az volt, hogy az ellátás nyújtásában előforduló típusokat azonosítsuk, s ezekről feltételeztük, hogy helyileg szervezetettek és működési lokáció szerint is különbözhetnek.

Kutatásetikai szempontok

Az interjúkat a helyi viszonyokat ismerő interjúerek készítették. Első, tipikusan ismerős interjúalanyuk segítségével hólabda módszerrel jutottak el a következő kérdezetthez, vagy az interjúalany vette fel az interjúkészítővel a kapcsolatot, vagy előzetes (szóbeli) beleegyezését adta, hogy kapcsolatba lépjünk vele. A beszélgetéseket megelőzően ismertettük az interjúalanyokkal a kutatás céljait, az interjú várható hosszát, valamint az interjú során felmerülő kérdések jellegét. Tájékoztattuk őket arról, hogy az interjúkat digitálisan rögzítjük (kivéve, ha ez ellen kifogásuk volt), és hogy a felvételekről később átiratot készítünk; továbbá, hogy biztosítjuk névtelenségüket és azonosíthatatlanságukat. Az interjúalanyok írásbeli beleegyezésüket adták ahhoz, hogy ezen feltételek mellett a felvett interjúk szövegeit elemzés céljára felhasználhassuk.

AZ INTERJÚK FELÉPÍTÉSE ÉS AZ ELEMZÉS MÓDSZEREI

Az interjúk alapkérdései a következők voltak:

1. A kérdezett személy aktuális állapota (a betegség stádiuma; kezelésmód; vércukorértékek; komorbiditás; szövődmények);
2. Betegségértéket (betegségének kezdete, felfedezése, kezelés megkezdésének helye, kezdeti kezelése; későbbi kezelése);
3. Kezelés az interjú megelőző évben; A Covid19-járvány hatása, következményei;
4. A betegség és a kezelés szubjektív értékelése.

Az interjúk időtartama átlagosan 45 perc volt, a digitális hangfájlokból írásos szöveg készült, biztosítva, hogy minden információ elérhető legyen szöveges formában.

Az interjúk feldolgozása a tematikus analízis (Braun–Clarke 2006) módszerével történt. Ez az interjúkból származó kvalitatív adatok elemzésének megbízható és rugalmas módszere, és lehetővé teszi az interjúkban megjelenő összetett, szubjektív tapasztalatok értelmezését. A kutatói szubjektivitás kezelésének, valamint annak érdekében, hogy a kódolás és a témák azonosítása során ne vesszenek el fontos részletek, a kutatók külön-külön többször elolvasták valamennyi interjút, és egymástól függetlenül megjelölték és kigyűjtötték a betegellátásra, ellátókra, az egészségügyi rendszerre konkrétan vagy általában vonatkozó közléseket (extraktokat), majd ezek összevetésével hoztak létre egy teljes, valamennyi szerző által jóváhagyott listát. Ezt követően a kutatók kategóriákba sorolták az extraktokat, kódolták a bennük megfogalmazódó jelentések megfelelően, majd közösen összevetették, értelmezték, megvitatták a kategorizációt mindaddig, amíg konszenzusra nem jutottak. Így készült el az a lista, amely a betegek számára a kezelésük története során fontosnak bizonyult elemeket tartalmazza.

Az elemzés első szintjén létrehozott kategóriák a következők voltak: komorbiditás; az egészségügy egész rendszerére vonatkozó általános reflexiók; az egyes ellátók kezelési rendszerei; szűkösség; anyagi terhek; betegidentitás; a betegút lépései és; állapotalakulás. A kategóriák közül az „egyes ellátók kezelési rendszerei” és a „betegút” tartalmazta az extraktok többségét, így ezeket további alkódokkal láttuk el. Ennek során a következő kategóriák jöttek létre: a betegség diagnosztizálásának körülményei; a kezelés indításának körülményei (a kezelés módja, a kezelő típusa); a különféle ellátók munka- és felelősségmegosztása a kezelés során; az ellátás „menetrendje”, orvos-beteg találkozások gyakorisága, módja; a kezelés gondossága, mire terjed ki a kezelés; a kezelés sikeressége, és ennek időbeli alakulása; a kezelés során megtapasztalt nehézségek (pl. gyógyszer mellékhatások); a komorbiditások szerepe; magánellátás igénybevétele; az egészségügyi rendszeren kívüli erőforrások igénybevétele; a betegek személyes reflexiói az ellátás egyes részeivel és összességében az ellátással kapcsolatban; szolgáltatóváltás, ennek körülményei, oka, módja, eredménye.

A fenti kategóriacsoportokban megjelenő tartalmak végül azt rajzolták ki, hogy az egyes ellátók kezelési rendszereinek három főbb típusa különíthető el. Ezeket a típusokat rezsimeknek neveztük el. A betegutak rövid bemutatása után a különféle rezsimek bemutatására térünk át, a többi, a betegek által fontosnak tűnő szempontot csak ezekhez kapcsolatosan mutatjuk be azokban az esetekben, amikor ezek tartalmilag valóban kapcsolódtak.

EREDMÉNYEK

Betegutak

A betegút körvonalai

A cukorbetegség megállapítása után a kezelést általában a háziorvos kezdi, először étrendi, életviteli tanácsadással (amelyet vagy kontrollál, vagy nem), később a protokoll előírásai szerint metformin tartalmú gyógyszerekkel. Idővel, jellemzően az állapot súlyosbodása miatt, vagy ha úgy látja, hogy nem tudja uralni a cukorbetegséget (pl. nem válnak be a gyógyszerek) utalja a háziorvos a szakorvoshoz a betegeket. A szakorvos részvételének intenzitása a kezelésben változó, de a legtöbb esetben (ismét csak valamelyest az állapot súlyosságától függően) javaslatot tesz a háziorvosnak az ehhez kötött gyógyszerek felírására, amiket aztán a háziorvos ír fel a betegnek.

A gyógyszeres kezelésnek minden esetben része a rendszeres felülvizsgálat, az változó, hogy negyed-, fél- vagy egyévente, és ehhez mindig társul előzetes laborvizsgálat is. A cukorbetegség szövődményeivel kapcsolatos további vizsgálatok (elsősorban szem-, láb- és vesefunkció-vizsgálat) megtörténte, módja és gyakorisága változó.

A betegút fázisai

Diagnózist kapni

A betegutak már kezdetükben is különböznek. Kevés olyan interjúalanyunk volt, akinek a betegségét az eljárásrendben feltételezett módon, háziorvosi rutin szűrővizsgálat során diagnosztizálták – egy interjúalanyunk volt, akit egy települési egészségnapon „szűrtek ki” és ezt követően indult a kezelése. Igen sokan más súlyos betegség (szívinfarktus, veszélyeztetett terhesség stb.) miatt kerültek kórházba, és ekkor derült fény az állapotukra, másoknál pedig üzemorvosi, munkahelyi alkalmassági vizsgálaton derült ki, hogy diabétesszel küzdenek. Sokaknál azonban a betegséget laikus ismerősök azonosították, felismerve azokat a tüneteket (pl. gyakori vízívás), amelyek saját vagy közeli ismerősük esetében jelezték a cukorbetegség megjelenését. Néhány interjúalanyunk maga fordult orvoshoz, de tipikusan nem a diabétesz tüneteivel, hanem szövődményeknek is tekinthető betegségek (például szemkárosodás, neuropátia, érszűkület) jeleivel. Mások viszont akut, általános – s mint később kiderült – cukorbetegséggel összefüggő rosszullét kapcsán kerültek sürgősségi osztályra vagy kórházba, ahol betegségük diagnosztizálása megtörtént.

Az itt elemzett 24 betegségtörténet hossza 1 és 27 év között szóródott. Néhány interjúalanyuk tehát az 1990-es évektől, mások pedig 2019-től játszódó eseményekről számolnak be. Üzemorvosi közreműködést jellegzetesen hosszabb betegségtörténetek esetében találtunk, amely az üzemorvosi ellátás szerepének az idők során való csökkenésére utal.

Kezdeti fázis: háziorvosi ellátás és továbblépés

Bár a legtöbben a háziorvosuknál kezdték a cukorbeteg „karrierjüket”, akadtak, akik egyből szakellátóhoz fordultak/kerültek, néha pedig az őket más betegségükkel kezelő orvos lett a „fő ellátójuk”, a betegek percepciója alapján.

Változó, hogy hány és mennyire intenzív kezeléssel töltött év után, illetve a beteg milyen állapotában döntött úgy a háziorvos, hogy szakorvoshoz küldi a beteget. Vércukorértékekben kifejezve, volt olyan interjúalanyunk, akit 6,8-as éhgyomri cukorértékkel már szakorvoshoz irányítottak, és olyan is, akinek a 11-es

vércukorértékéről a háziorvos úgy vélekedett, hogy „nem olyan rossz az ebben a korban.” Ezeknek az ellátói magatartásoknak a megítélése természetesen nem egyértelmű, ugyanakkor az, hogy majdnem kétszeres különbség van a háziorvos által „normálisnak” tartott vércukorértékekben, azt is jelezheti, hogy az ellátás a korábbiakban említett „protokollokra alapozó egységesülése” a háziorvosi praxisokban még nem vált általánossá.

Munkamegosztás háziorvos és szakorvos között

A betegségstörténetek a háziorvos és (ha van) a szakorvos közötti munkamegosztásban jelentős különbségeket fedtek fel. Számos történet arról tanúskodik, hogy a szakorvos szinte csak felügyelte a beteg ellátását az évi egyszeri, kötelező vizit során, amikor a gyógyszerekre vonatkozó szakorvosi ajánlást megtette, maga a beteg kezelése, követése, szükség szerint más szakvizsgálatokra való beutalása, és általában a vele való személyes kapcsolattartás a háziorvos hatáskörébe tartozott. Más betegek esetében viszont éppen fordítva, a háziorvos szerepe kimerült a szakorvos által ajánlott receptek felírásában, a tényleges esetmenedzsment azonban a szakorvos kezében volt: ő az, aki „törődik” a beteggel, akihez a beteg fordul, ha problémája adódik, és így tovább. A harmadik verzióban a szakorvos és a háziorvos ténylegesen együttműködve, a betegről konzultálva vezette az esetet.

Gondozás alatt állni

Függetlenül a háziorvos és a szakorvos közti munkamegosztás módjától, ahogy azt az ellátásra vonatkozó kategorizációnk is mutatja, abban is jelentős különbségek vannak, mi is történt a „fő” ellátónál. Ahogy a hasonlóságok között leírtuk, gyakorlatilag minden gyógyszeres vagy inzulinos beteg esetében rendszerezsek voltak a felülvizsgálatok, és ezeket mindig megelőzte laborvizsgálat. Más tekintetben viszont jelentősek a különbségek, részben annak megfelelően, hogy a háziorvos vagy a szakorvos működött-e a beteg „fő ellátójaként”: volt, aki évente jár szakorvoshoz (jellemzően, hogy a gyógyszereire vonatkozó ajánlást megkapja), volt, aki félévente; háziorvoshoz havi vagy háromhavi rendszerességgel, vagy éppen egyáltalán nem.

Az orvos-beteg találkozók során elvégzett vizsgálatok skálája is igen széles – volt, akinek csak a laboreredményeire nézett rá az orvos, máshol vérnyomás- és testsúlymérést is végzett, és több olyan (jellemzően szakorvosi) beszámoló is van, amelyben rendszeres szemvizsgálat és műszeres lábvizsgálat megtörténtéről is szó esett. Időnként ezek a vizsgálatokra nem helyben került sor, hanem más szakellátásra szóló beutalót kaptak a betegek, például szemészeti vagy urológiai vizsgálatokra.

Egyes interjúalanyoknál felbukkannak az ellátásnak olyan elemei, amik esetükben intézményesültnek tűnnek, de máshol nem jelennek meg. Ilyen például a cukorbeteg-napló, „füzetecske”, amiben a vércukor- és vérnyomásértékeit vezeti a beteg az ellátók tájékoztatására; ennek feltétele az is, hogy vércukormérővel, vérnyomásmérővel rendelkezzen a páciens, amit gyakran szintén az ellátó javaslatára vásároltak meg. Máshol a kontrollvizsgálatoknál rutin az ötnapos étkezési napló, ami alapján a dietetikussal áttekintik a táplálkozás menetét.

A betegutak vizsgálata is azt mutatta, hogy ezek igen különbözően alakulnak annak függvényében, hogy milyen típusú ellátókkal találkozik a beteg. Ezeknek a típusoknak három ideáltipikus formáját különítettük el: az „elhanyagoló”, a „gépies” és a „gondos” típust. Ezeknek az ellátási típusoknak, rezsimeknek a működését mutatjuk be a következőkben.

Rezsimek

Milyen egy elhanyagoló rezsim?

Az elhanyagoló rezsim egyik jellegzetessége, hogy a kezelés intenzitása alacsony. A betegek ezt sokszor az odafigyelés, törődés hiányaként érezték, de gyakran a szolgáltató hozzáállásnak racionalizálásával, megértően viszonyultak hozzá – azzal magyarázták, hogy szűkösek az erőforrások (jellemző az időhiány), vagy hogy „úgysem tudja megmenteni” az orvos a beteget. Számos beteg percepciójában nagy szerepet játszanak a várakozások, elvárások: több interjúban elhangzott, hogy az alapján merült fel bennük igény egy bizonyos szolgáltatásra, illetve érezték problémának annak elmaradását, hogy ismerős betegtársak milyen ellátásban részesülnek. Ezeknek a rezsimnek a legfontosabb jellemzője, hogy szemben a későbbiekben bemutatandó kezelési rezsimekkel, a vizsgálatok, ha megtörténnek egyáltalán, felületesek.

„[a családorvos] *Hát felírja a gyógyszert, és kész. [Életmódra vonatkozó tanácsokat nem ad?] Jajj, hát ő nem.*” (70 éves nő, észak-magyarországi város)

„[Amikor sikerül bejutni a háziorvoshoz, akkor ki szokta vizsgálni alaposan Anna nénit, vagy néz bármit?] *Nem. Azt megkérdezi, hogy hogy vagyok, minden rendben van-e, és ha az ember nem panaszkodik, akkor nem. Esetleg volt az, hogy náthás voltam vagy valami, megnézett, meghallgatta a tüdőt, tehát, ha valami panaszom volt.*” (64 éves nő, közép-dunántúli város)

„[De magától nem ajánl semmit?] *Ja, ő nem. Most meg aztán pláne, utolérni is alig lehet. Mióta van ez a pandémia, katasztrofális az orvosi rendelés.*” (54 éves nő, közép-dunántúli község, a háziorvosról)

Jellemző eleme a beszámolóknak, hogy a betegek hosszú időn keresztül nem kerülnek szakorvoshoz, annak ellenére, hogy állapotuk ezt esetleg indokoltá tette volna.

„*Azt mondta az orvos, szedjem az orvosságot és jó lesz. Ennyit mondott. Mondom, de nem kéne valami cukorgondozóba menni, mert a kollégáim járnak. Ők, az egyik tablettás, inzulinos, és ők is járnak cukorgondozóba. Azt mondja, még nem kell. Amíg a cukrom 11 körül van, az így jó. [...] volt a sógornőmnek cukorbeteg anyósa, aki meghalt, és neki nagyon viszketett a lába, akkor is voltak olyan pattanások, amik jöttek, vakarta mindig, és mondom, én is érzem azt, hogy vakarózni kell a lábaimat, meg mindent, de hát nem küldenek más sehova. Azt mondták, hogy ezt az orvosságot szedjed, mert neked ez most elég, és ennyi.*” (51 éves nő, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

„*Éveken át a körzeti orvoshoz jártam csak. Ő írta fel a gyógyszereket. És egyszer szabadságon volt, helyettesítő volt és kérdezte, hogy voltam-e már szakembernél. És mondtam, hogy nem. És akkor ő beutalt a diabetológiára és azóta oda járok. Ott állok gondozás alatt.*” (70 éves nő, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

Gyakran került említésre, hogy a beteg csak saját kifejezett, „erőszakos” kérésére (vagy akár annak ellenére sem) kap beutalót különféle vizsgálatokra, beleértve ebbe a laborvizsgálatokat is. Hasonló más rezsimekben is előfordul, de itt gyakran jelentős ellenállásról számoltak be a betegek az ellátók részéről, vagy arról, hogy alapvető vizsgálatok maradnának el, ha ők nem szólnának.

„*Úgyhogy én kérem magamnak a labort. Nem küld. Vagy elfelejti, vagy nem tudom, mi, de én vagyok az, aki őt emlékezteti, hogy doktornő szeretné egy labort.*” (51 éves nő, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

Az elhanyagoló rezsimekben a betegekkel való kommunikáció szintje minimális. Ez sok esetben csak lelemetlen érzés a betegeknek (jóllehet volt olyan beteg is, aki kifejezetten értékelte, hogy „békén hagyja” az orvos). A kommunikáció hiánya kiterjed olyan, különösen fontosnak bizonyult területekre is, mint a különféle komorbid állapotok, és a gyógyszerek kompatibilitása, esetleges kereszthatásai. Az elhanyagoló rezsimek továbbbi jellegzetes vonása, hogy a betegek egyéni szükségleteit sem a különféle gyógyszer-kereszthatások és mellékhatások kérdéseiben, sem pedig anyagi helyzetüket illetően nem veszi figyelembe.

„Én pont ezt hiányolom a körzeti orvos munkájában. Hogy nem összefüggésében nézi a dolgokat. Hogy ezek milyen hatással vannak egymásra. Olyan is előfordult már meg nem mondom melyik gyógyszer-nél, hogy elolvastam az utasításokat, vagy használati útmutatót és kiderült, hogy ütközik valamilyen másik gyógyszerrel és akkor mondtam a háziorvosnak. Megrántotta a vállát. Jó hát akkor ne szedje. Kész. Ennyi volt.” (70 éves nő, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

„[...] nem szoktam olyan gyógyszereket beszélni, amiben én nem vagyok biztos, hogy az nekem jó. Hiába írják föl, elolvasom a papírt, meg mindent, de az a baj, hogy elmegyünk az orvoshoz, mindenki ír valamit, és akkor végül már van itthon egy egész láda gyógyszer, csak éppen azt nem tudjuk, hogy melyik üti a másikat. [...] éppen az Apranaxtól volt problémám, mert mindig azt mondták, hogy szed-jek kettőt, reggel meg este. Mondom, azt már szedtem másfél hónapja. Az rendben van, hogy ez segít nekem, nem fáj, de nem fogja elmulasztani a betegséget, a gyomrom meg ki fog lukadni. És akkor azt mondja [a] doktor, hogy hát az igaz, hogy a gyomra ki fog készülni. Hát.” (60 éves nő, dél-alföldi község, a háziorvosról)

Szélsőséges esetekben ezek a rezsimek súlyos állapotokra utaló tüneteket is figyelmen kívül hagynak. A diabétesz esetében gyakori komorbiditás gyakran megnehezíti a különféle tünetek értelmezését, amelyben a betegeknek különösen szüksége lenne szakértő segítségre. Ez a segítség az elhanyagoló rezsimekben gyakran elmarad vagy csak konfliktusokat követően kerül rá sor.

„[...] igazából mióta ez a Covid is bejött, azóta senki senkivel nem foglalkozik. Itt most tapasztalatból mondom, most nagyon beteg voltam, most kaptam egy nagyon erős húgyúti fertőzést, ami a veséből indult ki, hogy pangott a vizelet benne, és ezáltal nem tudtam rendbe jönni, és ez által növelte meg a cukrot is 14 meg 15-ösre. Állandóan lázas voltam, állandóan görcsökkel voltam, és elmentem a háziorvoshoz, hogy nagyon rosszul vagyok, és azt mondta, hogy nincs időpontom, menjek haza, majd menjek vissza másnap. Akkor itt nincs miről beszélni. [...] mi összevesztünk a háziorvossal. [...] És akkor utána, mondom neki, hogy Doktor Úr, lehet, hogy el kéne olvasni a zárójelentést először, nem? Azt sem tudta, hogy mi problémám van, egyszerűen nem foglalkozott velem. Meg sem nézte. Kiment telefonálni, és akkor azt mondta az asszisztens nőnek, hogy írja föl azt a gyógyszert, amit ettem már. Mondom, ácsi, mi az, hogy írja föl azt a gyógyszert? Tudja egyáltalán, hogy mi bajom van? Ha meg sem vizsgál, akkor mire ír nekem föl gyógyszert? [...] És akkor, amikor elolvasta a zárójelentést, akkor ő kért még bocsánatot.” (60 éves nő, dél-alföldi község, a háziorvosról)

A kezelés ezekben a rezsimekben jobbra kimerül a rutin gyógyszerfelírásban – a cukorbetegség kezelésében legalább ekkora, ha nem nagyobb jelentőséggel bíró életmódterápiával kapcsolatban a betegek nem kapnak használható segítséget. Az ilyen rezsimekben az sem ritka, hogy elmaradnak a szövődmények megelőzését szolgáló, egyszerű szűrővizsgálatok, elsősorban a szem- és lábvizsgálat.

„[És a diabetológián szoktak még magán valamit vizsgálni, mit tudom én, lábat néznek vagy...?] *Nem, nem, nem.*” (67 éves férfi, észak-magyarországi város, a szakorvosról)

„[És szokott szemet vagy lábat is vizsgálni, vagy csak beszélgetnek?] *Nem, semmit.*” (51 éves nő, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

„*Először igen, ő [a háziorvos] írt először csak gyógyszert, akkor is már ezt kaptam, a Metforalt, csak akkor még 500-ast. Abból kellett csak egyet, azt hiszem, bevenni. És ő is mondta, hogy diétázzak egy kicsit, de hát akkor az még akkor nem nagyon jött össze. [És adott konkrét tanácsokat is, vagy ennyit, hogy diétázni kell?] Nem. Ennyi volt.*” (54 éves nő, közép-dunántúli község, a háziorvosról)

Az ilyen rezsimekben az is gyakran előfordul, hogy a betegek sajátos szükségleteit, anyagi helyzetét az ellátók nem veszik figyelembe, amely ellátatlansághoz és jelentős töréshez vezethet a gyógyító-beteg kapcsolatban.

„[...] *javasolta a doktor úr, hogy adjam magamnak kétszer, reggel is, meg este is. [...] mondtam neki, hogy nagyon sajnálom, én egyedülállóként nem tudom kifizetni a havi tizenakárhányezer forintot. Úgyhogy akkor ő úgy fogadta ezt, hogy nekem nagyon nem tetszett. [...] egyszerűen megrántotta a vállát, hogy mondtam, hogy én ezt nem tudom kifizetni. Úgyhogy, akkor adjam egyszer, kész.*” (67 éves nő, észak-magyarországi város, a szakorvosról)

„*Hát, ő először nem csinált labort, hanem javasolta, hogy feküdjek be, és akkor ott csináltak a kórházban bent labort, meg az inzulint. Nekem [A] doktor is javasolta, csak a [helyi] kórházba lelki okok miatt nem akartam befeküdni. Ott halt meg a férjem. [És ezzel mennyire volt elfogadó a doktor úr?] Semennyire.*” (67 éves nő, észak-magyarországi város, a szakorvosról)

Milyen egy gépies rezsim?

A gépies rezsimekben minden megtörténik, aminek papírforma szerint meg kell történnie – vizsgálatok, beutalások, gyógyszerfelírás –, de ennél se több, se kevesebb. A betegek itt megkapják az ellátást, de nincs odafigyelő, személyes gondoskodás, kapcsolat. A személyes találkozók rövidek és formálisak, és ha a szokásoson túl a betegnek egyéb panasza van, másik szakellátóhoz irányítják. Háziorvosi szinten ezekben a rezsimekben gyakori, hogy a beteg „rendel” magának vizsgálatokat, amikre rendszerint meg is kapja a beutalót – az elhanyagoló rendszerekhez képest különbség, hogy itt ez is gépiesen zajlik, nem kell a betegnek „erőszakoskodnia”. Bár nyilván a szakértelemnek is van szerepe (például amikor a laboreredmények alapján többet vagy kevesebbet rendel a korábbi gyógyszerből az orvos), a „gépiesség” egyfajta automatizálásként is értelmezhető, ahol a beteg meghatározott időközönként megjelenik a protokoll szerinti vizsgálatokon, illetve – ha ő maga így kéri – más vizsgálatokon, és a vizsgálatok eredményei alapján, papírforma szerint folyik tovább a kezelése. Ebben az értelemben a betegeknek ezekben a rendszerekben is nagyobb szerepük van, de nem azért, mert az ellátás felhatalmazza, megerősíti őket ebben, hanem mert ők maguk, ismereteik és vérmérsékletük alapján „elfoglalják” azt a teret, amit az ellátás nem tölt be. Fontos kiegészítés, hogy a beszámolóik alapján a Covid19-járvány óta egyre gyakoribb ez a fajta ellátási rezsim – még a korábban gondos, személyességre épülő ellátókat is egyre nehezebb vagy éppen lehetetlen elérni, kevesebb idő jut a betegeknek.

A gépies rendszerek egyik jellemzője, hogy az állapotkövetés és a betegút-menedzsment mechanikusan, sokszor szó szerint „gépiesen”, vagyis a labor- és egyéb vizsgálati eredményeket informatikai felületeken követve zajlik, sokszor (különösen a Covid19-járvány óta) akár telefonon keresztül, vagyis fizikai vizsgálat nélkül.

„[a diabetológián] A laborvizsgálatot, szemészet, végül is ilyen helyekre küldtek el. Olyan különösebben nem vizsgáltak semmit.” (70 éves nő, dél-dunántúli község, a szakorvosról)

„[a járvány miatt] Nem, hát nincs vizsgálat. Hát, olyan volt, hogy tudta, hogy ki frakszlis, és abból hívtak be egyeseket, akit nagyon így figyelni kell rá, de engem nem hívott. [Ezek szerint nincs istápolgatás] nincs idő se rá, olyan kevés orvos van és olyan sok a beteg, hogy örül, ha nem kell kínlódni, fraklizni valakivel, hanem gyorsan meg lehet oldani, azt mehet. Ha kiszalad egy órára vagy két órára egy héten háromszor a kórházi osztályáról cukrosokat ápolni [ide], ahol rengeteg öreg van, meg beteg van. Tehát egyszerűen nem győzik, csoda, hogy még van.” (67 éves férfi, észak-magyarországi város, a szakorvosról)

„De annyira, hogy is mondjam, zaklatott az a rendelés, hogy az nem alkalmas arra, hogy ott a beteggel foglalkozzanak. Az arra alkalmas, hogy a papírokat megcsinálják. Én ezt tapasztalom. Lehet, hogy másnál nem így van. Ezért kell nekem rendkívül odafigyelni a betegségre, mert a szakorvos csak a labort látja. És kész. Az ember ahhoz maga nem jut el.” (75 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

Hasonlóképpen mechanikusan zajlik a gyógyszerek felírása is, amit akár nem is az orvos végez. Megjegyzendő, hogy mindezek az eljárások szolgálhatják teljesen jogosan az ellátás hatékonyságát is: egy stabil állapotú diabéteszesnek nem feltétlenül van szüksége gyakori orvosi felülvizsgálatra, jóllehet a protokoll ezt írja elő. Különösen igaz ez arra, amikor az orvosi feladatok egy részét az asszisztensek látják el – nemzetközileg emelkedő trend, hogy az orvosi kompetenciák egy részét magasan képzett szakdolgozók lássák el (Htay–Whitehead 2021).

„Általában nem, általában ezt az asszisztensnők intézik... Fölírják a gyógyszert, persze, igen, ha valami olyan probléma van, amivel az orvoshoz mennék, akkor ő akkor szokott megvizsgálni.” (67 éves nő, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

„[Mennyire érzi azt, hogy az orvosok segítik abba, hogy ne romoljon az állapota?] Ó, a gyógyszerkezézésen kívül nem érzem. Felírják az ezzel kapcsolatos gyógyszereket és letudták az ő dolgukat.” (63 éves nő, dél-dunántúli város, az orvosokról általában)

„Hát, nem kell bevinni már semmit, mert látja a gépen. Megnézi a laboreredményt, látja, hogy nem romlott, megírja a gyógyszert. Egyszer volt, hogy kérdezte, hogy nem kéne-e emelni a Lyrica, a neuropátiás gyógyszeren, akkor megemeltük duplájára, azt ennyi.” (67 éves férfi, észak-magyarországi város, a szakorvosról)

A gépies rezsimek egyik legfontosabb jellemzője, hogy nagyon korlátozott a betegekkel való kommunikáció.

„[Mennyire érzi azt, hogy az orvosok ismerik az Ön állapotát?] Egy vagyok a sok közül. Semennyire. Hát, most a háziorvos az inkább, na. A szakorvos is mindig mondja, a diabétesz szakorvos, hogyha valami problémám van, hívjam mobilon, elérhető. Na most tisztába vagyok vele, hogyha én felhívom a mobilommal és bemondom a nevemet, nem fog tudni azonosítani, hogy én ki vagyok.” (63 éves nő, dél-dunántúli város a szakorvosról)

„Először is beadjuk a papírokat, azt rögzítik. Én írásban viszem a mérési naplóm. Aztán beszélitanak. A két lábujjamat leolvasta, hogy az egyikben alig van inger, a másikban nagyon halovány. Ez vett igénybe maximum tíz percet öltözéssel együtt. Addigra kész volt a papír, kész, ennyi. Hogy van? Jól. Jók az eredményei, kész. [Tud-e kérdéseket feltenni?] Biztos, hogy fel tudnám tenni, de most mit kérdez-

zek, mikor még ott állnak öten az egyik sánta, a másik meg vak. Mit kérdezzek. Ez a cukorbetegség, nem gyógyítanak meg belőle, karbantartanak, és ez már nagyon jó.” (75 éves nő, észak-alföldi város a szakorvosról)

„[Mennyire beszélnek a betegségről?] Ha nagyon kérdezek, erőszakosan, akkor elmondják, egyébként nem.” (54 éves nő, közép-dunántúli község, a háziorvosról)

Kihívást jelent az értelmezésben azoknak a helyzeteknek a megítélése, amikor a betegek saját preferenciáikat, kéréseiket érvényesítik az ellátásban, hiszen ez éppúgy lehet a beteg és az orvos közötti partnerség jele, a beteg saját betegség-menedzsmentjének megnyilvánulása is. A gépies rezsimekben ez a jelenség abban különbözik például a gondos rezsimekben való megjelenésétől, hogy itt nem mutatkozik meg az orvos részéről a felelősségvállalás: több alábbi idézetben is azt látjuk, hogy az orvos – feltehetően okkal – javasolt valamit, amit a beteg valamilyen okból nem tartott megfelelőnek, de erre az orvos már nem reagált.

„[Itt] ilyen beletörődős orvosok vannak. [...] legtöbbször megmondod, hogy írd föl azt a gyógyszert, az felírja és kész.” (67 éves férfi, észak-magyarországi város) (a szakorvosról)

„[a diéta nem igazán ment] És akkor szépen elindult a cukor lassan fölfelé, és a végén azt mondták, hogy na akkor szedjünk még akkor nem ezt az Eucreast, hanem csak azt a, mi a nagyobbik komponense, elfelejtettem... az egy komponenst szedtem csak, és utána szépen megyegetett, de nem... most se olyan rettenetesen nagy, azt mondja az orvos, hát ilyen. De volt már mikor mondta, hogy esetleg inzulin, mondtam, hogy szó nem lehet róla, úgyhogy ebbe maradtunk.” (67 éves férfi, észak-magyarországi város, a háziorvosról)

Milyen egy gondos rezsim?

A gondos rezsimek jobban odafigyelnek a betegeknek, amely a páciensek percepciói szerint például a vizsgálatok kiterjedtségében is megtestesül. Kulcsjellemzőjük emellett, hogy sokkal inkább partnernek tekintik a betegeket. Ez nem csak humánusabb emberi hozzáállást jelent, hanem azt, hogy a betegekhez nem, mint „munkadarabokhoz”, hanem mint a saját betegségük aktív menedzsereihez viszonyulnak, és igyekeznek őket ellátni az ehhez szükséges kompetenciákkal, tudással, betegségértéssel, praktikákkal, és akár eszközökkel is (például vércukormérő, vérnyomásmérő). A partnerség több beteg beszámolója alapján kiterjed a beteg és az orvos közti kompetenciák és felelőségek érzékeny megosztására – egyrészt, a betegek önbizalommal is felvérteződnek, köszönhetően az ellátók átgondolt és alapos kommunikációjának; másrészt ezekről az ellátókról sokkal gyakrabban számoltak be úgy, mint akik elérhetők: akiket lehet hívni, ha baj van. Ez összességében a betegek érzékelhetően nagyobb elégedettségével, biztonságérzetével jár együtt.

„Tehát, mondom magával a cukorgondozó szakorvosokkal, nekem semmi problémám nem volt az elmúlt 15 évben, mert ettől az utolsó kettőtől bármit kérdezhetek vagy bármit megbeszélhetünk. Segítő-készek. Ha valami problémám van azt el lehet mondani, és máris keresik rá a megoldást, illetve, hogy próbálnak ajánlani megoldást. Tehát úgy, mint étkezésben is. Nagyon sok jó tippet kaptam tőlük, hogy ha olyat akarok enni, akkor mit csináljak előtte. Tehát velük kapcsolatban semmi rosszat nem mondhatok.” (60 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosokról)

A gondos ellátás egyik fő jellemzője, hogy mindazok a problémák, amiket az elhanyagoló rezsimekkel kapcsolatban jeleztek a betegek (hogy nem utalják be őket szakvizsgálatokra és a helyben elvégezhető rutinvizsgálatok sem történnek meg, hogy felületesek a társbetegségekkel és a gyógyszer mellék- és kereszt-

hatásokkal kapcsolatban), itt nincsenek. A gondos rezsimekben a betegek rendszeresen járnak a különféle társbetegségek kezeléséhez szükséges kontrollvizsgálatokra, de a diabetológiai ellátók is vizsgálják például a szemüket, lábukat, figyelemmel követik a társbetegségeket, illetve a pácienseket tájékoztatva vezetik be az új gyógyszereket. Elég jellegzetes, hogy az intenzív gondoskodás a betegek élethelyzetének speciális sajátosságait is figyelembe veszi. Mindemellett felfedezhető a különböző kezelőorvosok közötti kooperáció is.

„Volt ez a terheléses cukorvizsgálatom, meg vettünk mindjárt vércukorszintmérőt nekem is, és hetente be kellett vinni a csaláadorvosunkhoz a reggel-délben-este mért eredményt. Sokáig le is kattantak rólam, mondták, hogy csak így tovább, leálltak ezzel az ellenőrzéssel. Évente egyszer a doktor úr [a helyi háziorvos] elküldött a laborba. És az ottani eredményekről mondta, hogy jó-jó, csak így tovább. Most voltam két hónapja ismét, évente megyünk átfogó laborvizsgálatra, vérévetelre meg vizeletre, és most hívott föl, hogy csak így tovább, rendben vagyok. Jóban vagyunk, tudja a szőlőnket, meg minden. Mondta, hogy ha vége lesz a szüretnek, vegyek vissza az evésből.” (64 éves nő, dél-dunántúli város, a háziorvosról)

„[Mit mondtak a felírt gyógyszerekről?] – Nem mondták, hogy miért pont ezt, mondták, hogy ez kell a cukorhoz, és akkor majd próbáljuk. Annyit mondott, hogy a Meforalt, amit kapok, kis adagban kellett kezdeni, mert hasmenést okoz először, úgyhogy azt tényleg úgy építettük fel. Azóta azzal nagyon más dolga nincsen, nem tud vele mást csinálni. Ugyanígy a szurinál is elmondták, azt is így kell felépíteni, kis adagokkal kezdtük, és még mindig szokom. De mindent elmondott lépésről lépésre, hogyan kell, mennyit adjak, hogy adjam.” (54 éves nő, közép-dunántúli község, a szakorvosról)

A kifejezetten medikális ellátás mellett a gondos rezsimek az életmóddal kapcsolatos kérdésekre is figyelmet fordítanak. Valamennyi rezsimben el-elhangzanak olyan utasítások, hogy „diétázzon”, „fogyni kéne”, „egyen kevesebb szénhidrátot”, és legtöbbször a „brosúrákat” is megkapják a betegek. A gondos rezsimekben, az elhanyagoló vagy a gépies rendszerekkel ellentétben, az információk sokkal inkább a betegek szükségleteire szabva, praktikus, alkalmazható formában kerülnek átadásra.

„Mentem az első kezelésre, tehát az orvosomhoz, elmentem, és akkor mondta, hogy legközelebb menjek 2 vagy 1 hónap múlva, akkor a feleségemmel együtt menjek. És akkor ott elmonda, hogy kedves asszonyom, itt vannak a főzelékek, a rántást nem azzal kell, amivel szokta, nem liszttel.” (69 éves férfi, észak-magyarországi város, a szakorvosról)

A [X]kórházban derítették ki, hogy rozsos kenyeret ehettek csak. Hogy attól nem megy fel rögtön a vércukor. Meg azt is kiderítették, hogy [saját falujában] melyik maszek árul ilyet, melyik pékség.” (63 éves nő, észak-alföldi falu, a szakorvosról)

„Aztán egy nagyon ismert főorvos, osztályvezető, főorvos, tanár, kórházban is dolgozott, az volt a cukorgondozó vezetője, egy nagyon aranyos, nekem bácsi. Egy alkalommal előfordult, hogy behipóztam, persze este volt és nagyon megijedtünk, bementünk az ügyeletre. [...] Utána fölhívtam és azt mondta, hogy »hát nem tudja azt maga, hogy a csirkehús az csak desszert a cukorbetegnek?« Nagyon rendes volt, mert csinált nekem egy listát, késsel fölírta, hogy mit lehet enni, megfordította a papírt, oda meg pirossal írta föl, hogy mit nem lehet enni.” (77 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

„[X] főorvos úr annak idején azt mondta, hogy ne szőlőcukrot egyen, meg ne cukros vizet igyon, hanem egyen meg egy szelet lekváros kenyeret, sokkal többet ér. Én az ő mondását azt nagyon sokra tartom, hogy így mondjam, és tényleg be is tartom.” (77 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

A gondoskodó rezsimek érzékenyebbek a betegek egyéni, anyagi vagy az élethelyzet más dimenzióiból fakadó szükségleteire, illetve a mellékhatásokkal kapcsolatos panaszokra is:

„Azért próbálkozott a [volt háziorvos] doktor – most már ő sem él, meghalt egy pár éve –, hogy a legolcsóbbat, amit tudnak. [...] – Ez háziorvos volt, vagy szakorvos? – Háziorvos. Nagyon jó orvos volt különben.” (65 éves nő, dél-alföldi város, a háziorvosról)

„Úgy volt a régi cukorgondozós doktorommal lebeszélve, ugye, hogy mi dolgoztunk éjszaka is és akkor ő ugye írt fel pluszokat, hogy éjszaka, ha eszek valamit, akkor beadjam magamnak és ugye automatikusan meg volt beszélve az, hogy amikor hazajövök, akkor ennyivel csökkentsem a többit, mert aluszom.” (60 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

Gyakori jellemzője a gondos rezsimeknek, hogy a kezelés indítása, vagy annak jelentősebb fordulópontjai (pl. első vagy új gyógyszer bevezetése, és jellegzetesen az inzulinos kezelés bevezetése) nagyon intenzíven, szoros felügyelet mellett történik. Ennek nem ritkán része kórházi tartózkodás is. Valószínűnek tűnik, hogy ezek a kezelési módok sok esetben nem egyéni, hanem valamiféle (formális vagy informális) intézményi protokollt követnek, ami ismét rávilágít arra, hogy az általunk használt „rezsimek” kifejezés nem az egyes orvosok munkájának jellemzője, hanem egy tágabb intézményi struktúrába illeszkedő képződmény.

„[Amikor a gyógyszert elkezdte szedni, tájékoztatták-e a mellékhatásokról?] Igen, sőt 2–3 nap múlva felhívott itthon telefonon, hogy jól vagyok-e, nem érzek-e a felsoroltak közül valamit? Meg hát erre a gyógyszerre is rá van írva, de hogy jó órában mondjam, egyáltalán nem volt problémám a gyógyszerrel.” (64 éves nő, dél-dunántúli város), a háziorvosról)

„A cukorgondozóba kellett bejárnom a [X] kórházba fél évente. Sőt, először, amikor inzulinra kerültem, akkor hetente kellett menni a diabetológushoz, mérnem kellett, írnom kellett, hogy mit eszek, és abba vezetni, és akkor következő héten menni kellett, kielemeztük, hogy mi az, amit jól csinálok, nem jól csinálok, mert mellette mérni kellett a cukrot. Tehát ott jó fél év ráment arra, hogy nagyon gyakran jártam be a [X] kórházba, a dietetikára.” (63 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

Az egyik legjelentősebb különbség a gondos és a többi rezsimek között a beteg és az ellátó közötti hatalmi viszony természetében rejlik: a gondos rezsimekben a beteget jellemzően nem alárendeltként vagy „tárgyként”, hanem partnerként kezelik. Ez különféle dimenziókban érhető tetten: kulcseleme a betegek értő (vagyis: számukra is érthető) tájékoztatása a kezelés különféle jellemzőiről, de része az is, amikor az ellátó igyekszik a beteg számára kényelmessé tenni a kezelés folyamatát, például logisztikai, szervezési szempontból. Jellegzetes (bár interjúinkban sem gyakori) megnyilvánulása ennek az, amikor a beteg többes szám első személyben beszél a saját betegségének kezeléséről – „kipróbáltuk”, „emeltük”, „bevezettük”.

„[Mennyire figyelték Önre?] Szerintem odafigyelnek. Mert a cukorgondozóba is úgy mentem, hogy azt mondták, hogy ne menjek csak 10 óra felé, mert gondolom ott is beosztották, hogy ki hogy hány órára menjen. Meg időpont volt mindig, hogy három hónap múlva, mikor menjek, mondjuk, akkor is először a nővérhez kellett bemenni, az megnézte a kiskönyvemet, hogy mennyi inzulinokat adok be. Kellott előtte vezetni 5 napot, hogy mit eszek, mennyit eszek, mennyi a cukor. Azt átbeszéltük, és akkor

utána kellett megvárni a főorvosnőt, [...] akkor ő is átnézte. Akkor még egyszer bementem, hogy van-e panaszom. Úgyhogy ő is azért egy negyedórát szán egy betegre.” (63 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

„És ekkor jött, hogy adjunk bázisinzulint és rövid hatásúakat. Egyedül nevelem a gyerekeimet, így ezek a rosszulletek nem mehettek. Két éve volt, hogy beadtam a derekamat. Volt az állandó rossz közérzet, kimerültség, ízületi fájdalmak, egy csomó kellemetlen érzés minden gyógyszertől. Először kezdtük azzal, hogy humán, és utána következett az analóg. Az analóg inzulinok sokkal jobban segítik, hogy ne kelljen állandóan tervezgetnem az életemet, rögtön lehet étkezéshez adni, nem kell 15–20 percet várni. Utána sokkal jobb lett a közérzet meg a biztonságot éreztem jobban tőle.” (45 éves nő, dél-alföldi község, a szakorvosról)

Több interjúalanyunk számolt be az orvosokkal való személyes viszonyról, a legtöbb esetben konkrét, az ellátórendszeren kívülről származó ismeretség formájában. Volt azonban olyan interjúalany is, aki háziorvosát ebbéli minőségében ismerte meg, és számolt be a család és az orvos közötti bizalmas viszony kialakulásáról, aminek azonban nem az informalitás a fő jellemzője, hanem éppen az, hogy az orvos tisztában van a család körülményeivel, a családtagok állapotával, a köztük levő viszonyokkal, és a nyújtott ellátást ezekhez a személyes tudásokhoz tudja igazítani.

„Később derült ki, hogy mi ismertük egymást [diabétesz] főorvossal előtte 10 évvel, mert az apámat is kezelte. [...] Bármikor lehetett hozzá fordulni telefonon, akár a kórházban felhívni, akár az SZTK-ban történő rendelés időpontjában, tehát bármikor lehetett tőle segítséget kérni, tehát véletlenül se... Mondjuk akkor nem is volt olyan világ, mint most, hogy nem lehet felhívni a szakorvost telefonon, mert úgyse veszi fel.” (77 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról)

Régen és most

Interjúinkban, amelyek a Covid19-járvány alatt, illetve közvetlenül azt követően készültek, válaszadóink meglehetősen hasonlóan ítélték meg a pandémia ellátásra gyakorolt hatását. A beszámolók az ellátás „elszemélytelenedéséről” szóltak. Az információcsere és adminisztráció digitalizációjának egyértelmű lökést adtak a pandémiás körülmények, ugyanakkor ezek közül csupán a „felhő” használatának elterjedését ítélték a betegek egyértelműen pozitívnak (még akkor is, ha az a személyes találkozások csökkenését eredményezte). Az általános percepció az volt, hogy az ellátások szűkültek, a hozzáférés nehezedett, a digitalizáció pedig inkább az ellátás – általában véve erőteljesen elutasított, bár megértéssel kezelt – elszemélytelenedésével járt.

„Most már az új szabály szerint csak fél évente jár egy cukorbetegnek labor, szem meg ultrahang. Ugye a szabályok megmaradtak, csak fél évente egyszer. nem lehet, mert azelőtt havonta, ha jártunk, vagy háromhavonta, akkor mindig néztek laborvizsgálatot. [...] most évente kell járni erre a nagy rutinra.” (69 éves férfi, észak-magyarországi város, általában az ellátásról)

„[A Covid19-járvány előtti, másik szolgáltatónál zajlott ellátáshoz képest] sokkal puritánabb. Például, hogy minden évben van a 24 órás vizeletvizsgálat, és ott a veseműködést nézik. És kérdeztem az orvost, hogy 24 órás vizeletgyűjtést nem ír ki? Azt mondja: hát azt csak a kórházban csináljuk. [korábbi lakóhelyén] megcsinálták, összegyűjtötte, felírtam, hogy mennyi, vittem mintát belőle és megcsinálták. Jó, biztos látják az eredménytől, hogy nem fontosak. Tehát most ez puritánabb, sokkal puritánabb, vagy több a beteg. Én nem tudom eldönteni, hogy miért ilyen egyszerű ez, hogy jó az eredmény, azt kész, mehet.” (75 éves nő, észak-alföldi város, általában az ellátásról)

[Hogyan változott az ellátás a COVID után?] *A betegek kárára. Én azt mondom. Telefonon lehet mindent intézni, na de hol a beteg? Szerintem egy beteg embert látni kell, nem? A betegségnek vannak olyan jelei, amit a labor, a telefon, hogy én magam nem tudok elmondani. Hát lehet, hogyha a diabetológus rám néz, akkor azt mondja, hogy magának még ilyen nagy a hasa? Megnőtt a mája? Ez csak az én személyes véleményem, de én úgy gondolom, hogy az orvoslás, az a betegről szól, nem? (75 éves nő, észak-alföldi város, a szakorvosról).*

Utak az egészségügyi ellátórendszerben: gondosabb rezsimek kerestetnek

A valamilyen gondozásba kerülés után a betegút meg is állhatna egyetlen háziorvosi vagy szakorvosi ellátónál. A beteg glikémiás egységének és hosszabb távú jóllétének, túlélésének kulcsa, hogy olyan rezsim látja-e el, ahol megpróbálják megelőzni a lábak állapotának romlását, extrém esetben amputációját, a szem romlását, extrém esetben a vakságot, illetve a szívinfarktushoz vezető vagy stroke-ban kiteljesedő szív- és érrendszeri komplikációkat.

Az egészség és az életesélyek egyenlőtlenségei tehát aszerint formálódnak, hogy a beteg el tud-e jutni egy gondos ellátóhoz. A korábbiakban bemutatott rezsimek közül a rosszabb helyzetű járásokban gyakoribb volt, hogy elhanyagoló vagy gépies rezsimek működtek, ugyanakkor a leggondosabb rezsimeket közepes helyzetű járásokban találtuk. Az ellátás egyenlőtlenségei ezen a szinten nem teljesen hierarchikusan kapcsolódtak a járások közötti társadalmi különbségekhez, viszont a legkedvezőtlenebb halálozású járásban találtuk egyértelműen a legkevésbé kielégítő ellátást.

Az ellátásbeli egyenlőtlenségeket generáló további mechanizmus az esetlegesen eleve adott rossz feltételek korrigálásának lehetőségében lehet. A továbbiakban tehát az ellátók közötti váltások, illetve azok elmaradásának körülményeit mutatjuk be.

Interjúalanyaink egy részében nem merült fel az orvosváltás gondolata, vagy mert elégedettek voltak az ellátásukkal, vagy mert a váltás valamilyen okból nem jelent meg lehetőségként. Több, akár magát elégedettnak valló beteg beszámolója tanúskodik arról, hogy valójában nem kaptak különösebben gondos ellátást. A „megalapozottan elégedettek” között gyakori volt, hogy viszonylag szoros kapcsolatban voltak az egészségüggyel vagy személyesen az ellátókkal. 24 interjúalanyunk közül 10 elégedett volt az ellátással (közülük négynek van egészségügyi vagy családi kötődése), 5 jelezte, hogy bár nem elégedett, de nem merült fel benne, hogy ellátót váltson. Kilenc esetben történt váltás, néhány betegségtörténet során több is. Általánosságban megállapítható, hogy ez az útkeresés javulást eredményezett – az új ellátókról pozitívabban vélekedtek a betegek, mint a korábbiakról, jóllehet, nem minden esetben.

Elégedettek

Elsőként azokat a helyzeteket tekintjük át, ahol nem került sor ellátóváltásra. A legtöbb ilyen betegségtörténetben a maradás oka az elégedettség, melyet legtöbb esetben az ellátás valóban magas minősége vált ki.

„[Szóba került-e a gyógyszerek ára?] *Így nem beszéltünk róla, végülis ki tudtam fizetni. De ismerte a családi körülményeim, és gondolom, az ár is szempont volt azok közül, amit választott. A háziorvosomról csak jót hallottam, mert ő is előzőleg a [X] kórházban volt a belgyógyászatban, ott volt orvos, utána jött ki ide [a faluba] háziorvosnak. De mindenütt csak dicsérték. Hogy alapos orvos, lelkiismeretes, úgyhogy én nem is bíráltam fölül a döntését, de azóta se. Én 100%-ban megbízok benne.*” (63 éves nő, észak-alföldi városa háziorvosáról)

„Én [orvos neve]-val tényleg, maximálisan... Szóval szerintem ott, arra egy rossz szót nem... tehát tényleg azt mondom, hogy a nővérektől elkezdve, az orvosokon át, engem annyira... jó a hangulata az egésznek, akikkel voltak ezek a nővérek, akik a, akik tornáztattak minket, nem tudom, hogy hívták, vagy nekik mi a titulusuk, nem jut eszembe, mindegy. De szóval mindegyik... bámulatos mennyi mindent tudnak a betegségeinkről, meg hogy milyen energiával művelik ezt az egészet, az fantasztikus.” (52 éves férfi, közép-dunántúli város, rehabilitációs ellátásról)

Az elégedettséget gyakran fokozza az orvosokkal, nővérekkel való személyes ismeretség.

„[Háziorvos?] Nem járok, mert a kórházban dolgozom, és ott van az orvos, csak beugrom hozzá, megmutatom az eredményeimet, megbeszéljük, hogy mi legyen tovább. Nagyon sokszor csak a folyosón találkozunk, hogy hogy vagy, hogy vagy. Igazából nem akarok emiatt szabadnapot kivenni, hogy a háziorvoshoz is beugorjak. Eleinte behordtam a javaslataimat, de most már nem szoktam azt sem. Nem foglalkozom a háziorvossal.” (45 éves nő, dél-alföldi község, a házi és a szakorvosokról)

Nem elégedettek, de nem váltanak

Azok között, akik annak dacára nem váltottak ellátót, hogy nem voltak elégedettek az ellátással, három fő típust tudtunk megkülönböztetni. Az első, amikor a beteg nem látott alternatívát, a második, amikor a nem teljesen gondos rezsim működését az ellátás egy másik szintjén működő, gondos ellátóval egyensúlyozta. A harmadik pedig, amikor néhány beteg úgy vélte, hogy betegségének kulcsa a saját kezében van, az ellátás ehhez úgysem tudna hozzátenni.

„Ismer, persze. Meg dilis már néha ... »megint hízott«. Hát, persze, aztán igaza van végül is, amit elmond, tényleg nem rosszindulatból mondja, mert énnekem akarja, hogy... csak hát ugye minden az agyba dől el igazából, tényleg úgy van.” (66 éves nő, közép-dunántúli város, a szakorvosról)

Ellátóváltások

Mozgás az állami egészségügyi rendszeren belül

Az elhanyagoló rezsimok egyéni élethelyzetek iránt mutatott érzéketlensége, illetve a beteg méltóságát nem tisztelő kommunikáció az ellátások közötti mozgások egyik leggyakoribb oka. Az új rezsimben a betegek az odafigyelés sokféle megnyilvánulását képesek értékelni.

„[Felülvizsgálatokra] adott időpontra megyek, tehát megmondják, hogy mit tudom én, május 5-én menjek fél 11-re. [...] Igen, megmondják pontosan, megkapom a labor beutalót, hogy előtte ezeket a vizsgálatokat csináltassam meg. [...] Sokkal kényelmesebb. Hát, [a helyi ellátónál] reggel hét órától délután háromig ott ül az ember a kórházba. Itt [a megyeszékhelyen] meg... a [megyeszékhely] 25 km-re van hozzám, de két és fél óra alatt úttal együtt megjártam.” (67 éves nő, észak-magyarországi város, új szakellátójáról)

„A gyógyszerfelíratásra még csak orvosi ellenőrzés se volt, csak gyógyszerfelírás. Mert az orvos külön vette [azokat], akik csak gyógyszert szeretnének felírni, és annak már a panaszát sem lehet meghallgatni. El is jöttem attól az orvostól. Össze is vesztünk bizonyos fokig, mert az asszisztensnőnek panaszkodtam, amit sikeresen visszamondott az orvosnak, és a legközelebbi alkalommal ő megszégyenített, mikor bementem hozzá, és azért is hagytam ott. [...] 4–5 órát kellett várnom a rendelőben mire sorra kerültem munkahelyről szökődösve. Szóval borzasztó... hogy bezárva találtam már munka utána a ren-

delőt, mert becsukta az ajtót, hogy több beteget nem akar ellátni, és nehézkes volt még a gyógyszer-felíratást is elintézni, ami pedig fontos volt. [...] és amikor legközelebb bejutottam hozzá, akkor pikírt módon beszélt velem [...] és olyan oktatásba, hegyes beszélgetésbe részesültem, hogy utána kerestem másik orvost. [...] és akkor azt is terjesztem, hogy mennyit kell várni, és akkor nevetve mondták, hogy az egész városban nem találok olyan helyet, ahol nem kell várakozni. És olyan helyet találtam egy szomszédasszonyi körben való érdeklődéssel, ahol időpontra bejelentkezve fél óránál többet még sose vártam.” (63 éves nő, dél-dunántúli város, a háziorvosról)

A személyközi konfliktusokon túl az ellátóváltás leggyakoribb oka természetesen a kezelés eredményeivel való elégedetlenség.

„És akkor kértem, hogy váltsunk – mert körülbelül 15 kilót híztam – különböző életvitel és étrendbe át, hogy ez így nem stimmel. Ő csak ölt-hatolt, úgyhogy átmentem egy másik cukorgondozóhoz, [a szomszéd városba], és a [X] doktor úr magától tette rendbe a dolgaimat.” (60 éves nő, észak-alföldi város, szakorvosról)

„Nem, továbbmentem, nem akart engedni a háziorvos, volt egy kis vita ebből, és akkor utána átkerültem másik háziorvoshoz, és ő adott végülis először beutalót. Olyan hat éve volt, nem tudom pontosan. – [Elküldte-e a háziorvos más orvosokhoz?] – Ő nem. Elhitte, hogy voltam itt a cukros doktornőmnél, ő igen. Kellett menni szemészetre, a szívemet is nézték, vérnyomást, belgyógyászat, ott nem is tudom mikor voltam, vesevizsgálaton, minden ilyesmin.” (54 éves nő, közép-magyarországi falu, háziorvosokról)

Szervezési, elérhetőségi problémák esetén is sor kerülhet ellátóváltásra, ugyanakkor ehhez az ellátók az átlagosnál jobb kínálatára van szükség.

„Én egy kis fiatal doktornőhöz kerültem, amíg tulajdonképpen az egész cukorgondozót bezárták, mert szabadságolások ideje volt, és az volt kiírva, hogy ha valakinek problémája van, menjen el a belgyógyászatra. Na én ott dekkoltam egy fél napot, mire rám került a sor a belgyógyászaton és közölték velem, hogy ők nem tudnak velem mit kezdeni... Hanem menjek ki a kórházba, mert az a kis doktornő, akire én estem, az kint van a kórházban és rendel. Kimentem a kórházba, és akkor mondja nekem a kis doktornő, hogy... tehát reggel fél 9, 9 órakor, hogy 11-kor, majd akkor rendel, és akkor menjek vissza, és fölírja nekem az inzulint. Természetesen felkaptam a vizet, mert akkor az nekem plusz kiadásba lett volna buszjegybe egy ezres. És az nagyon sokat jelentett akkor még nekem. Hazajöttem, és úgy elgondolkodtam, hogy kell ez nekem? Felhívtam a [X] kórházat, [...] és megkérdeztem, hogy hogyan lehet hozzájuk bekerülni, és mondtam, hogy milyen problémám van. Semmi probléma, tessék kihozni a papírjait, megnézem, megvizsgálom és akkor felírom azt az inzulint, nem probléma. [...] körülbelül 15 éve járok ehhez a doktornőhöz, [...] és ő a pajzsmirigy vizsgálatokat is megcsinálja, merthogy ő endokrinológus is.” (77 éves nő, észak-alföldi város, szakorvosokról)

Magánellátás

Napjainkban az egészségügyi ellátás hiányosságai pótlásának egyik dinamikusan bővülő útja a magánellátás igénybevétele, ami számos esetben nem az állami ellátás kiegészítőjeként, hanem helyettesítőjeként funkcionál. Ez a lehetőség természetesen a diabétesz esetében is felmerül, a betegutakban azonban inkább ennek az akadályaival találkozunk. A magánellátás igénybevétele nem elsősorban a diabétesz teljes menedzsmentje, hanem a „kiegészítő” szolgáltatások esetében a leggyakoribb.

A megfelelő ellátás magánúton való megszerzése egyértelműen az anyagi lehetőségek függvényében áll csak rendelkezésre: legelesettebb válaszadóink esetében fel sem merült a magánellátás igénybevétele. A lehetőségek szűkössége egy másik korlátot is jelez: valódi alternatívaként, tehát személyében is különböző ellátót jelentve (nem ugyanannak az orvosnak a magánrendelését) a magánellátás csak a nagyobb városokban és közvetlen közelségükben merülhet fel. Ugyanakkor meglepő módon a háziorvosi ellátás magánúton való igénybevételére is volt példa.

„A belgyógyász orvos magánrendelésen is rendel. Van egy egészségügyi centrum [a megyeszékhelyen], az magáncélú. Arra is kértem időpontot, meglepődtem, mert nem volt kiírva, hogy ki a kezelő doki [orvos neve – ugyanaz a személy, aki az állami ellátásban kezelte] van ott. Ott is vele találkoztam. Én kellemesen csalódtam, de ő nem sok mindennel mondott többet, mint a rendelésen. Kedvesebb volt, akkor már így, hogy »Üdvözlöm Lacikám, nem láttam már mióta...«. Egyszer voltam [az állami ellátásban], azzal vége. Tavaly nyáron. Az itteni belgyógyászati rendelés hetente egyszer van. Volt olyan, hogy egymás után háromszor időpontot kértem, ki van írva, hogy háromkor rendelés, odamegyek, ki van írva, hogy a rendelés elmarad. Jó. Felhívtam megint, következő hétre volt időpont, akkor is odamentem, megint elmarad a rendelés. Hát, utána aztán le vagytok ejtve, nem megyek hozzátok. Van, hogy ki van írva egyszer, hogy a doki ettől eddig nem rendel, az úgy oké.” (66 éves férfi, észak-magyarországi város)

Egy másik interjúalany a háziorvosához járt az állami ellátás mellett a magánba is, ahol beszámolója szerint sokkal odafigyelőbb, alaposabb ellátásban részesült:

„Tehát a háziorvoshoz nem mindegy, hogy délután vagy este megyek el... Hát, ég és föld. Ha bemegyek megvizsgál, jó van, mehet. Ha bemegyek délutáni fizetős rendelésre és elmondom ugyanazokat a bajokat, akkor szépen lefektet, megvizsgál, megnyomogat, megméri a vérnyomásom, EKG, izé. De amúgy, én most, akihez járok, tehát ez, annyira lelkes orvos, hogy ilyet már nehéz találni a világon. De például ő közte semmi különbség nincs, hogy a magánrendezésre megyek, vagy a kórházi rendelésére.” (60 éves nő, észak-alföldi város, háziorvosokról)

Másoknál kifejezetten az ellátással való elégedetlenség miatt merült fel a magánellátás igénybevétele.

„Hát most egyre többet, egyre többet [megy magánellátásba], mert itt ez a cukorbeteg-gondozás, ami most van, ez csak cukorbeteg-nyilvántartás. Mert ugye megcsináljuk háromhavonta a hemoglobint, megnézik, mennyi, nekem az 7,2, és azt mondják, hogy ez nagyon szép. [Mihez képest?] Hát például a volt visszérgyulladás a lábamban, és egyszerűen muszáj magánorvoshoz menni, mert az nekem két hét alatt megoldotta, nem beszélve arról, hogy másnap mehettem hozzá vizsgálatra, a második pedig az, hogy ellátott gyógyszerrel, és megszűnt a visszérgyulladásom. Tanácsot ad, tehát én azt megfogadtam, úgy csinálom, és remek. Mondtam a diabetológiónak, hogy begyulladt a visszerem, és mittudom én, mit mondtak, hogy hova is menjek, hogy kérjek időpontot, és majd bejutok. Hát, kösz. Ha nekem úgy fáj a lábam, hogy nem bírok rálépni, akkor én nem fogok várni, hogy majd bejutok az SZTK-ba. Meg a szemészetre is. Én [megyeszékhelyen] megszoktam, hogy szemészetre magánorvoshoz megyek, mert az elmagyarázza nekem, megmutatja képernyőn, hogy ez van. Az SZTK-ba bemegyek, hát ott ülhetek fél napig, aztán kész. Mondják, hogy jól van, mehetek haza.” (75 éves nő, észak-alföldi város, szakellátásról)

Az ellátók közötti váltás lehetőségeit – a fent bemutatott korlátok között – elsősorban a betegek anyagi lehetőségei és az infrastrukturális feltételek (más ellátók elérhetősége, a közlekedési viszonyok) szabták meg. Mindezek mellett ugyanakkor néhány járásban az a szerencsés körülmény, hogy a közelben volt „nagy ellátó” (országos intézet vagy a megyei szervezetségen kívül működő nagy általános kórház) az ott lakóknak alternatívát kínált az esetlegesen nem kielégítő ellátásuk javítására.

Alternatív utak, természetgyógyászat

Más országokban a diabétesz esetében is igen gyakori az alternatív medicina használata. Magyarországon készült interjúinkban ez ritkán fordult elő, viszont igen gyakori volt a természetgyógyászati termékek, elsősorban a teák kiegészítő használata. Maguk a termékek kevésbé bizonyultak meggyőzőnek, a természetgyógyászokkal folytatott kommunikáció azonban sokak számára volt vonzó.

„Tehát nem egy kész teakeverék, hanem ő [a gyógynövényes] megmondta, hogy ez legyen benne, ez legyen benne. És akkor azokat én itt magamnak összekeverem. Tehát ővele el lehet beszélgetni. Igen... Majdnem ugyanolyan a cukorértékem, mint azelőtt mielőtt nem ittam. De hát így valahogy megnyugtatom magam, hogy én azért elkövetek mindent, amit lehet.” (70 éves nő, észak-magyarországi város, alternatív ellátóról)

„[A természetgyógyászokkal való kapcsolat] Hát, egy... huszonöt éve [...] Igen-igen. Sokat tanulhat tőlük az ember. Ráadásul, tehát, ismerős is. Tehát lényegében fillérbe se kerül, hogy tanácsot adjon, vagyis, hogy mit kell olyankor csinálni. Úgyhogy szépen ennél a gyógyszernél is leírta, hogy hogy kell egy kúrát végigcsinálni, mire kell nagyon figyelni. Hogy kell elkészíteni. Tehát erről a cukorbetegségről is sokat beszélgettünk, hogy miket csináljak.” (60 éves nő, észak-alföldi város, alternatív ellátóról)

Alternatív utak – közösségek

Sok interjúban említették a különféle tényleges vagy virtuális (online) közösségeket, fórumokat, és akik igen, azok számára ezeknek kivétel nélkül nagyon nagy szerepe volt a betegségmenedzsmentjében és sokszor az életében is. Jellemzően az információk összefüggésében beszéltek ezekről: a betegklubok, internetes csoportok, fórumok, blogok a használható, praktikus, egy pillanat alatt elérhető cukorbeteg-tudás kimeríthetetlen tárházaként támogatják őket, akár komoly problémák esetén is. A betegségmenedzsmenthez szükséges kompetenciák megszerzése terén, ami kifejezetten az egészségügyi ellátórendszer feladata lenne, tehát legalábbis kiegészítik ezek az „intézmények” a hivatalos ellátást, de számos interjúrészlet utal inkább helyettesítő pozícióra: az ellátás nem-medikális, hiányzó részét ezekből a forrásokból pótolják a betegek.

„Tehát, itt volt nekünk egy vércukor klub, ahol összeszedte a környező vonzáskörzetben a cukorbetegeket, és volt egy belgyógyász, Dr. [X] főorvos, és ő tartotta mindig az étkezésről, akkor lejártak diabetológusok, diétás nővérek, előadásokat tartani. Ez háromhavonta, félélévente.” (69 éves férfi, észak-magyarországi város)

„A neten vagy 4–5 cukorbeteg-csoportot követek, és egymást okosítják ott a betegek. Én többet tanulok a neten a 13 évi cukorbetegségem alatt összesen.” (63 éves nő, dél-dunántúli város)

„Például, hogyha az inzulint összecsereletem, hogy az éjszakait szúrtam be nappal, cukorbetegtektől kértem tanácsot, hogy mit tegyek. Nem futottam orvosi ügyeletre, meg mit tudom én, hogy hogyan oldjam meg, mert tudnak segíteni.” (63 éves nő, dél-dunántúli város)

A klubok sokszor kötődnek a szakmai ellátókhöz, ami egyrészt garantálja az információk megbízhatóságát, másrészt ugyanakkor emiatt ki is vannak szolgáltatva az ellátórendszer problémáinak, a kapacitáshiánynak, túlterheltségnek.

„Hogy hogy ért rá az orvos. és nagyon sokáig ment, és akkor most egyszerűen csak megszűnt. Nem tudom, milyen oknál fogva. Hát ez olyan hét éve szűnt meg. Sajnáltuk is, mert külön főzések voltak, hogy együnk. Rántott hús elkészítése, a panír elkészítése, milyen kenyeret együnk. Nagyon jó volt.” (69 éves férfi, észak-magyarországi város)

„Meg ami még úgy menetközben is segített, mert a dietetikán is az ember hiába hallja, mert ha az ember ideges, nem mindent jegyez meg, és a cukorgondozóban mondta a nővér, hogy jelentkezsek [a megyeszékhelyen], van egy cukorbeteg klub. És ott orvosi előadások vannak, meg ilyen étrendi előadások. Hogy jelentkezsek, mert itt sok jó dolgot hallok.” (63 éves nő, észak-alföldi város)

„De a Covid teljesen hazavágta a diabetológián az egyesületet, mert ott egészségügyisek a vezetők, és le voltak terhelve. Meg minden le volt tiltva. De a [klubosok] akkor is gyalogoltak. Nagyon tetszik, nagyon szeretem.” (75 éves nő, észak-alföldi város)

Több interjúban azonosítható ezeknek az intézményeknek egy mélyebb hatása is: a betegségben való közösség, a támogatás, sőt, a kompetencia megéléséé. Aki cukorbeteg lesz, annak visszavonhatatlanul megváltozik az élete, és eltekintve az ezzel járó, gyakorlati nehézségektől, ami az új életmód, a táplálkozás, a gyógyszerek bevezetésével jár, magát ezt a tényt is nagyon nehéz lehet elfogadni. Bár interjúalanyaink egy jelentős részének nem volt kifejezett betegségtudata, többen beszámoltak a betegség kezdetén tapasztalt talajvesztésről. Éppen ez az állapot, amiben a közösség segíteni tud – megerősíteni az egyént abban, hogy a helyzet menedzselhető, van hova fordulni, és egyáltalán, van élet tovább.

„[Facebook] Onnan igen. Onnan... sőt, már magam is sok tanácsot adtam másoknak, mert már ki vagyok okosodva. De ott ilyen barátságos beszélgetések folynak, és tulajdonképpen van, aki új gyógyszert kap, arról érdeklődik, vagy hogy hogy helyesebb-e csinálni vagy még új vagyok a diétában. Szóval tanácsot adni az is tud, aki nem tartja be. Érti, hogy van? Mindenki le tudja írni, hogy hogy kellene.” (63 éves nő, dél-dunántúli város)

„Alig tudtam csak felfogni vagy feldolgozni. És akkor beiratkoztam a cukorbeteg-klubba, egy egyesületbe, és az nagyon jó volt. Akkor elmentem cukorbeteg-oktatásra, az Hévizen volt egy tíznapos, és akkor kimondottan a cukorbetegséggel foglalkoztunk, és engem az is zavart, hogy én nem tudok sokat a cukorbetegségről. Engem nagyon zavart, hogy nem tudom, hogy miért van ez a rettentő rossz állapot, és akkor ezért így sikerült ráhangolódnom a betegségre, vagy elfogadni, vagy kezelni a betegséget.” (75 éves nő, észak-alföldi város)

ÖSSZEGZÉS

Elsőként az ellátás olyan működési hiányosságait gyűjtöttük össze, amelyek önmagukban kijelölhetik a diabéteszellátás minden bizonnyal elkerülhetetlen fejlesztésének egyes irányait is.

Az általunk elemzett betegségtörténetekben a fizikai szenvedés igen gyakran a gyógyszerhasználatához kapcsolódott. Ezek egy része, a különféle gyógyszerkereszthatások kialakulása valójában könnyedén megelőzhető lenne az informatikai rendszerek megfelelő fejlesztésével és a kezelőorvosok mindegyike számára biztosított hozzáféréssel.

A magyar egészségügyi rendszer elviekben (majdnem) teljes hozzáférést nyújt a diabéteszellátáshoz, az ellátás pedig helyileg szervezett, amely lehetőséget nyújt az ellátás folytonosságának biztosítására. Az ellátás valóságos időkeretei azonban szűkek, a betegek és élethelyzeteik részletes ismeretére az ellátó csak nagyon sok találkozás után tehet szert. A diabéteszes beteg és ellátója közötti kommunikáció mindenképpen időigényes – a 10–15 perces ambuláns időkeretek tágítására mindenképpen szükség lenne. Ennek kapcsán érdemes elgondolkodni a háziorvosok – valószínűleg valamely időben korábbi helyzet alapján – elképzelt szerepéről a diabéteszellátásban. A jelenlegi epidemiológiai adatok alapján egy 1500–2000 fős háziorvosi körzetben átlagosan 150–200 diabéteszes beteg van. Amennyiben a háziorvos minden cukorbetegre havi 1 órát szánná, az kimerítené, illetve meg is haladná a havi munkaidejét. Háziorvosi gondozásban így feltehetően csupán a valóban nagyon „egyszerű eseteknek” kellene maradniuk.

A szakellátáson jelentkező betegek ellátására a rendelkezésre álló szakorvosok jelenleg sem állnak kellő mennyiségben rendelkezésre. Ezen a helyzeten enyhítené az egyéb egészségügyi szakdolgozók bevonása az ellátásba. Edukátor jelenlétéről mindössze egyetlen járásban számoltak be. A diabetológiai tanácsadást gyakrabban említették, de az sokszor a diabetológiai szakellátótól elszigetelten működött, és nem minden esetben tudott reflektálni a betegek igazi problémáira. A podiátriai képzés jelenleg gyermekcipőben jár. A segítő szakmák diabetológiai szakellátás körüli integrálása valószínűleg jelentős előnyökkel járna, ha ez nem is nyújtaná a teljes, minden társbetegségre kiterjedő integrált ellátást, amely a krónikus betegségek ellátására a WHO által ajánlott modell.

Az ellátási lehetőségek közül fájóan hiányzik az üzemorvosi hálózat, amelynek múltbéli működéséről többen is elismerően nyilatkoztak. A dolgozó betegek számára a valódi, legalább munkavégzési körülményeket ismerő és munkaidőhöz kapcsolhatóan hozzáférhető ellátó a stabilabb munkahelyen dolgozók esetében ideális gondozási lehetőséget kínálna.

Sokat segítené ezen felül a legelesettebb betegek gyógyszer- és segédeszköz használatához nyújtott nagyobb pénzügyi segítség. A támogatott gyógyszerek és személyek körének bővítése lehetőséget teremtené az olyan helyzetek elkerüléséhez, amelyben a beteg a gyógyszer szükséges dózisának csupán felét képes kifizetni, avagy az állapota szerint még tablettával kezelhető beteget az olcsóbb, számára anyagilag elérhető inzulinterápiára kell állítani.

Mindezek mellett a kezelések eredményességét az támogatná leginkább, ha a szükséges, a beteg állapothoz illeszkedő élelmiszerek anyagi korlátozások nélkül hozzáférhetőek lennének, de ennek a problémának a tárgyalása e cikkünk kereteit meghaladja.

Az ellátás alakulásának néhány más vonását és az ellátások egyenlőtlenségeket generáló sajátosságait Losonczy Ágnes gondolataira reflektáltan összegezzük.

UTÓSZÓ

Losonczi Ágnes kutatásai és a cikkünk alapjául szolgáló empirikus adatgyűjtés között csaknem 50 év telt el. A magyarországi egészségügy működésnek makrogazdasági keretei bizonyos szempontból alapvetően megváltoztak, más szempontból viszont ugyanolyanok maradtak. Az egészségügyi ellátórendszer a piacgazdaság keretei között elvileg nem „élvezi” az improduktív szektor státuszát, finanszírozása azonban relatíve hasonló szinten maradt (Orosz 2024). A hiány és a szűkösség mind a mai napig változatlan keretfeltételei a magyar egészségügy működésének.

Ennek a hiánynak a menedzselése azonban különbözik az 50 évvel ezelőttil. A Losonczi által leírt infrastrukturális viszonyok némiképp (elsősorban Budapesten kívül) javultak, köszönhetően a EU-ból érkezett forrásoknak. A munkaerő, elsősorban az orvosi, relatíve drágult, a határok kinyílásával párhuzamosan egyre inkább megjelent az orvoshiány, miközben változatlanul jellemző az ápolók és az egyéb egészségügyi személyzet krónikus hiánya. Az orvosi működés folyamatos standardizációja mellett a protokollokra és szabályokra való támaszkodás általánossá vált, az „adományozás” és „megvonás” gesztusai protokollokban rögzített eljárási szabályokban, gyógyszer- és segédeszköz-támogatási arányokban, valamint az egészségügyi személyzet munkaidejének szabályozásában öltenek testet. A betegek a piacgazdaság feltételei között csak nyugdíjasként igazi betegek – a munkaerőpiac aktív szereplői inkább elkerülni, mint igénybe venni igyekeznek a táppénz adta lehetőségeket. A „táppénzcsalás” kérdése csak nagyon perifériálisan jelent meg interjúinkban. Csupán egyetlen, nagyon nehéz anyagi körülmények között élő, roma válaszadónk számolt be arról, hogy „szimulálással” gyanúsították munkahelyén diabétesz miatt fellépett rosszulléte kapcsán.

A közelmúlt határozott kormányzati intézkedései nyomán szintén kevésbé jelent meg válaszadóink körében a hálapénz kérdése. Úgy tűnik, a hálapénz szerepét a magánellátás igénybevétele vette át. S míg Losonczi a hálapénz adását többféle motivációval kapcsolta össze (az orvosok munkájának piaci jellegű elismerése, a figyelem megvásárlása, az ellátáshoz való hozzáférés megvásárlása, a szó szerinti hála kifejezése, illetve a saját státushelyzet demonstrációja), a mi kutatásunkban ez utóbbi nagyon ritkán fordult elő, inkább a jó minőségű és az (elsősorban időben) hozzáférhető ellátás megszerzése volt a fő motiváció, igen gyakran szorító előzmények, eredménytelen kezelések éveit vagy parázis konfliktus kirobbanását követően.

A diabéteszellátásban a szűkösség elsősorban a kezelési rezsimek általunk *gépiesnek* keresztelt típusában és ennek terjedésében volt tetten érhető. A diabétesz, mint sok egyéb krónikus betegség esetében is, a betegek és orvosok közötti konzultáció, a betegséggel és kezelésével kapcsolatos biológiai folyamatok bemutatása és megértése, az élethelyzetekhez alkalmazkodó életstratégia kialakítása, és az esetleges szövődmények elkerülését célzó prevenciók vizsgálata elvégzése mind idő- és figyelemigényes folyamat. A diabéteszrel kapcsolatos orvosi tudás is korlátozott, így az orvosi tevékenység értékelésének alapja is csak a betegtől érkező részletes visszajelzés lehet. A diabétesz gyakran egész életet behálózó menedzsmentje sokkal nagyobb eséllyel áll biztos lábakon, biztosítja a beteg számára a saját betegsége feletti kontroll érzését és az áhított egyensúlyt, ha a menedzsment kialakítása közösen, az orvossal és más egészségügyi segítőkkel történő részletes konzultációk során történik. Ezt az odafigyelést, részletes konzultációt teszi lehetetlenné a szinte általánossá váló „10–15-perces” szakorvosi konzultáció, amelyről legtöbb interjúalanyunk beszámolt. A 2010-es és 2020-as évek során kiadott protokollok megkönnyítik, hogy az egy betegre fordítható idő elegendő legyen, ugyanakkor a konzultáció minősége nem feltétlenül kielégítő és képes az „orvosom ismer engem és a betegséget” képzet kialakítására. A betegek percepciói szerint az egészségügy egészét is

sújtó Covid19-járvány következtében a „gépiesség” kiterjedni látszik, és korábban gondos rezsimiek is egyre gépiesebbé válnak. Ugyanakkor gyanakvásnak kevés jelét találtuk, a betegek általában véve az egészségügyben uralkodó általános feltételeknek tulajdonították az orvosi gyakorlat elgépiesedését („mit tehetne”; „sok errefelé a beteg”).

Az egészségügyi ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférés és az abban való részvétel Losonczi (1989) által leírt egyenlőtlen hasznosulása nem a társadalmi helyzethez automatikusan kapcsolódva, de tendenciaszerűen a mi vizsgálatunkban is megjelent. Elsősorban abban, hogy az ellátás a legperiferikusabb helyzetű járásban tűnt a legkevésbé gondoskodónak. Az egyenlőtlenségeket generáló legfontosabb folyamatot azonban nem a hivatalosan kínált ellátás egyenlőtlenségeiben, hanem az esetlegesen szükséges ellátóváltás lehetőségeiben találtuk meg.

Végül pedig térjünk át Losonczi Ágnes egyik legfőbb üzenetére, a kezelések során a specialisták kezeibe került, részeire esett beteg emberi teljességének elvesztésére.

„A specialisták sokfelé ágazódó munkája során szétdarabolódik és ugyanakkor tökéletesedik az ember ismerete, bár ennek során leválasztják a testről a lelket, elválasztják a lélektől, szellemet, a szellemet a materiától, a mozgást a mozgatóerőktől; tehát szétdarabolódik az ember, darabjai más és más szakma fennhatósága alá kerülnek, amelyek más eséllyel és különféle hatalommal képviselik őt. Miközben szétesik tehát az elválaszthatatlan emberi egység, szétdarabolódik az emberi teljesség is” (Losonczi 1986:11–12).

A mai diabéteszkezelés egyrészt háziorvosi, másrészt diabetológiai kompetenciába tartozik. Az ebből a megoldásból származó nehézségeket és dilemmákat már a korábbiakban említettük, ugyanakkor a specializáció és az ember egységben kezelésének igényét interjúink (és bármely egészségfelmérés adatai) alapján már egy más probléma, a nagy számú társbetegség elterjedt jelenségének kapcsán érdemes vizsgálni. Nagyon kevés olyan válaszadónk volt, aki a cukorbetegségen túl más krónikus betegséggel nem rendelkezett. Ennélfogva a betegek nem csupán a háziorvosnál/diabetológusnál, hanem nagyon gyakran más specialistaánál is gondozás alatt álltak. Ez a helyzet abszurd módon segített valamennyire kiegyenlíteni a speciális diabéteszellátás esetleges hiányosságait: ha a beteg nem esett át a diabétesze kezelése során preventív lábvizsgálaton, akkor esetleg más (pl. kardiológiai) szakellátás során erre mégis sor kerülhetett. A társadalmi esélyekhez kötődő ellátásbeli egyenlőtlenségeket így – némiképp abszurd módon – az esetleg alacsonyabb színvonalú szakellátást ellensúlyozhatja a rosszabb társadalmi helyzethez kötődő magasabb komorbiditási arány és az ahhoz kapcsolódó nagy számú orvos-beteg találkozás.

Interjúink tanúsága szerint az egy betegségre koncentráló és a komplex szakellátás arányaira, szerepére vonatkozó, és minden egészségügyi rendszert feszítő kérdéseket más szempontból is érdemes figyelembe venni. „Komplex” ellátásban részesült néhány válaszadónk kórházi tartózkodása során. Sok esetben más betegséggel, jellemzően súlyos, akut állapotokban, például szívinfarktussal, különféle gyulladásokkal kórházba kerülve, esetleg ott felfedezett diabéteszüket is nagy figyelemmel kísérték az orvosok, és sokkal nagyobb tudással, jobb gyógyszerbeállítással, magabiztosabban bocsájtották őket újukra. Néhány esetben a járóbeteg-szakellátás épített be a kezelési menetbe pár évente néhány napos kórházi „kivizsgálást”. Ezek a kórházban töltött napok is pozitív hozadékkal jártak az érintettek számára. Mindezek arra utalnak, hogy a kórházakban könnyebben valósul meg a különféle specialisták párbeszéde, közös gondolkodása a beteg állapota felől, amely a hotelköltségeket bizonynyal jóval meghaladó hasznót hozhat a későbbiekben feltehetően létrejövő

pontosabb gyógyszerbeállítás és kiterjedtebb információátadás következtében.

Ide kapcsolódik egy Losonczi Ágnes által kevésbé érintett kérdéskör, a beteg élethelyzetének komplex alakításában segítséget nyújtó életmódprogramok szerepe is. Néhány válaszadónk részt vett betegségkezelésén 10–20 napig tartó, komplex programban. Páran szívbetegséggel kapcsolatos rehabilitációs program keretében egyúttal cukorbetegségük kezelésére is felkészültek, mások pedig célzott, cukorbeteg-egyesületek által szervezett programokban vettek részt. A betegek során ezek a programok, bármilyen szervezésűek is voltak, kiemelkedő jelentőségűnek bizonyultak. A betegség kapcsán megrendült önkép helyreállt, az elvesztettség érzése megszűnt. Úgy tűnik, az internet segítségét is igénybe vevő, informált, öntudatos és önálló mai betegeknek ezekre a nem teljesen, sőt, elsősorban nem-medikális irányultságú, komplex programokra változatlanul égető szüksége van.

HIVATKOZÁSOK

- Ayalew, M. B. – Spark, M. J. – Quirk, F. – Dieberg, G. (2022) Potentially inappropriate prescribing for adults living with diabetes mellitus: a scoping review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 44(4), 860–872. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01414-7>
- Bell, S. E. – Figert, A. E. (2012) Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775–783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>
- Busfield, J. (2010) 'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934–941. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.068>
- Braun, V. – Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broom, D. – Whittaker, A. (2004) Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social science & medicine*, 58(11), 2371–2382. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.002>
- Dózsa, C. – Szeberin, Z. – Sótonyi, P. – Nemes, B. – Tóth-Vajna, Z. – Kövi, R., ... Herczeg, A. (2020) Az amputációk területi gyakorisága társadalmi és ellátórendszeri összefüggésben Magyarországon 2016–2017-ben. *Orvosi Hetilap*, 161(18), 747–755. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31742>
- Holstein, A. – Nahrwold, D. – Hinze, S. – Egberts, E. H. (1999) Contra-indications to metformin therapy are largely disregarded. *Diabetic Medicine*, 16(8), 692–696. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.1999.00115.x>
- Iliffe, S. – Manthorpe, J. (2020) Medical consumerism and the modern patient: successful ageing, self-management and the 'fantastic prosumer'. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(9), 339–345. <https://doi.org/10.1177/01410768209115>
- Hunt, L. M. – Arndt, E. A. – Bell, H. S. – Howard, H. A. (2021) Are corporations re-defining illness and health? The diabetes epidemic, goal numbers, and blockbuster drugs. *Journal of bioethical inquiry*, 18(3), 477–497. <https://doi.org/10.1007/s11673-021-10119-x>
- Htay, M. – Whitehead, D. (2021) The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034>
- Kahn, R. – Anderson, J. E. (2009) Improving diabetes care: the model for health care reform. *Diabetes care*, 32(6), 1115, <https://doi.org/10.2337/dc09-0184>
- Kollányi, Zs. – Balint, L. – Susovits, K. – Csepe, P. – Kovacs, K. (2023) Inequalities in diabetes mortality between microregions in Hungary. *International Journal of Public Health*, 68, 1606161. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606161>
- Kolossváry E. – Járai Z. – Farkas K. (2016) A perifériás verőérbetegséggel és a cukorbetegséggel összefüggő alsó végtagi amputációk. Epidemiológiai adatok bemutatása és a megelőző stratégia lehetőségeinek elemzése. *Orvosi Hetilap*, 157(32), 1266–1274. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30512>, <https://doi.org/10.1556/650.2016.30512>
- Lambrinou, E. – Hansen, T. B. – Beulens, J. W. (2019) Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European journal of preventive cardiology*, 26(2_suppl), 55–63. <https://doi.org/10.1177/2047487319885>
- Lutfey, K. – Freese, J. (2005) Toward some fundamentals of fundamental causality: Socioeconomic status and health in the routine clinic visit for diabetes. *American Journal of Sociology*, 110(5), 1326–1372. <https://doi.org/10.1086/428914>
- Losonczi Á. (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.
- Losonczi Á. (1989) *Ártó-védő társadalom: ahogy a társadalom betegít és gyógyít...* Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Losonczi Á. (1998) *Utak és korlátok az egészségügyben*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
- Orosz É. (2022) Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben? *Esély: Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 33(1), 3–39: <https://doi.org/10.48007/esely.2022.1.1>
- Paterson, B. L. – Thorne, S. – Dewis, M (1998). Adapting to and managing diabetes. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 57–62. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01237.x>
- Rodriguez-Gutierrez, R. – Gonzalez-Gonzalez, J. G. – Zuñiga-Hernandez, J. A. – McCoy, R. G. (2019). Benefits and harms of intensive glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Bmj*, 367, l5887 <https://doi.org/10.1136/bmj.l5887>
- Ruiz-Tamayo, I. – Franch-Nadal, J. – Mata-Cases, M. – Mauricio, D. – Cos, X. – Rodriguez-Poncelas, A. – Mundet-Tudurí, X. (2016) Noninsulin antidiabetic drugs for patients with type 2 diabetes mellitus: are we respecting their contraindications? *Journal of Diabetes Research*, (1), 7502489. <https://doi.org/10.1155/2016/7502489>

- Scheiring, G. – Azarova, A. – Irdam, D. –, Doniec, K. – McKee, M. –Stuckler, D. –King, L. (2023) Deindustrialisation and the post-socialist mortality crisis. *Cambridge Journal of Economics*, 47(2), 341–372., <https://doi.org/10.1093/cje/beac072>
- Stott, N. C. – Rollnick, S. – Rees, M. R. – Pill, R. M. (1995) Innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Family Practice*, 12(4), 413–418. <https://doi.org/10.1093/fampra/12.4.413>
- Timmermans, S. (2020) The engaged patient: The relevance of patient–physician communication for twenty-first-century health. *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3), 259–273. <https://doi.org/10.1177/0022146520943514>
- Weiss, D. – Sund, E. R. – Freese, J. – Krokstad, S. (2020) The diffusion of innovative diabetes technologies as a fundamental cause of social inequalities in health. The Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Sociology of Health & Illness*, 42(7), 1548–1565. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13147>

FÜGGELÉK

F1. táblázat. Az interjú adók betegútjainak néhány jellemzője

Az interjú készítésének helyszíne		A beteg					
járás régiója	település típusa	neme	életkora	(utolsó) foglalkozása, illetve végzettsége	említett társ-betegségei száma*	kezelés alatt áll	jelenlegi állapota
Észak-Kelet Magyarország	nagyváros	nő	55 éves	diplomás ápoló	4	3 éve	egyensúly hullámzásokkal
	nagyváros	férfi	67 éves	egyetem	4	10 éve	10-es vércukorszint
	nagyváros	nő	58 éves	varrónő szakmunkás	3	27 éve	inzulinhasználó, magas vércukorszint
	kisváros	nő	51 éves	szociális munkás	5	2,5 éve	jelenleg egyensúlyban
Dél-Alföld	falu	nő	45 éves	ápoló, főnővér	1	15 éve	jelenleg egyensúlyban
	falu	nő	65 éves	(volt) padlókészítő és közmunkás	4	hozzávetőleg 8 éve	vércukorszint 7 körül
	falu	nő	60 éves	8 általános, betanított munkás	3	10 éve	5,5 és 6 közötti vércukorszint, de 17-es értékre is felugrott más betegsége miatt, mentő vitte el
	város	férfi	57 éves	érettségi, jelenleg nem tud dolgozni, korábban szobafestő	2	9–10 éve	vércukorszintje sokszor fel- és leugrik, amputáció lehetőségét felvetették számára
Észak-Magyarország	város	férfi	69 éves	karbantartó, kőműves	4	26 éve	vércukorszint 6 és 8 között, rosszullétek előfordulnak
	kisváros	férfi	66 éves	szakmunkás	2	19 éve	6,5 és 8 közötti vércukorszint
	város	nő	67 éves	bölcsődei gondozó	1	22 éve	7 és 8 közötti vércukorszint
	város	nő	70 éves	felsőfokú végzettség	5	21 éve	vércukorszint 8, ezt az interjú felvétele idején megélt stresszes eseményeknek tulajdonítja, egyébként alacsonyabb
Délnyugat-Magyarország	város	nő	64 éves	nyugdíjas gazdálkodó	2	15 éve	6 és 8 közötti vércukorszint, egyensúlyban van, kivéve a szüreti időszakot
	város	nő	63 éves	titkárnő	4	18 éve	vércukorszintje ingadozó, a COVID betegsége miatt 8 körülire emelkedett, „négyeszeres inzulinos”
	város	férfi	66 éves	(volt) szerszámlakatos	4	4–5 éve	6 és 10 közötti vércukorszintek, nem aggódik miatta
	nagyközség	nő	73 éves	vendéglátóipari szakközépiskola	2	10 éve	5 és 7 közötti vércukorszintek, egyensúlyban
Közép-Alföld	kisváros	nő	63 éves	(volt) boltvezető	4	22 éve	6 és 6,5 közötti vércukorszint, kisebb rosszullétek előfordulnak
	kisváros	nő	60 éves	MÁV-pénztáros	1	15 éve	6 és 8 közötti vércukorszint, de időnként nagyon magas értékek is
	nagyváros	nő	75 éves	érettségi; (volt) személyzetis majd vállalkozó	1	19 éve	nincs adat
	nagyváros	nő	77 éves	(volt) könyvelő	3	28 éve	9 körüli vércukorszint, de nem stabil állapot

Az interjú készítésének helyszíne		A beteg					
járás régiója	település típusa	neme	életkora	(utolsó) foglalkozása, illetve végzettsége	említett társ-betegségei száma*	kezelés alatt áll	jelenlegi állapota
Középnagy-Magyarország	nagyváros	nő	64 éves	közgazdasági technikum	3	5 éve	6 és 8 közötti értékek, de vannak kiugrások+
	nagyváros	férfi	52 éves	laboratóriumi asszisztens	2	3 éve	7 alatt, nem itéli súlyosnak
	faluk	nő	54 éves	szakmunkásképző; (vult) operátor	1	12 éve	7,6-os vércukorszint, kiugró értékekkel, de nincs jól jelenlegi gyógyszerei mellékhatásai miatt
	nagyváros	nő	66 éves	(vult) szakmunkás	7	20 éve	inzulinos, 13–14 körüli vércukorszint, magasnak tartja

A társbetegségek között csak a „jelenleg aktív” betegségek szerepelnek, főképp azok a kondíciók, amelyekkel kapcsolatban a betegek az adatfelvétel idején is gyógyszert szedtek. Nem számítottuk be azokat a nagyobb betegeségeket, amelyeken a beteg a múltban, esetleg a közelmúltban esett át (több esetben szóba került kezelt rákbetegség, valamint különböző súlyosabb fertőzés, illetve esés, más baleset), akkor sem, ha azokkal kapcsolatban a betegnek még volt teendője, például felülvizsgálatokra kellett járnia.

A GYERMEKTELENSÉG ÉS A NEHEZÍTETT GYERMEKVÁLLALÁS TÁRSADALMI MEGKÖZELÍTÉSEI

Szakirodalmi áttekintés

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.134>

ABSZTRAKT

A tanulmány a legújabb hazai és nemzetközi kutatások alapján vizsgálja azokat a társadalmi, kulturális és intézményi mechanizmusokat, amelyek a reprodukzív döntéseket alakítják a mai Magyarországon. A gyermekvállalás elhalasztását, a gyermektelenséget és a nehezített gyermekvállalás útjait olyan társadalmi beágyazott jelenségekként értelmezzük, amelyekre biológiai, strukturális és normatív tényezők egyaránt hatnak. Az áttekintés – érintve néhány korábbi szakirodalmat is – elsődlegesen az utóbbi öt év forrásaira, a 2021–2025 között megjelent magyar és angol nyelvű kutatásokra épül, hogy a témakör legfrissebb tudományos eredményeit mutassa be. Kiemelt figyelmet kapnak azok az élethelyzetek, amelyek nem illeszkednek a hagyományos családkoncepciókhoz, és amelyek esetében a gyermekvállalás lehetősége korlátozottá vagy bizonytalanává válik.

A tanulmány három fő témára összpontosít: a szándékos és nem szándékos gyermektelenség különböző formáira, a gyermekvállalás időbeli kitolódásának társadalmi és biológiai következményeire, valamint az alternatív családalapítási lehetőségek – így az asszisztált reprodukció és az örökbefogadás – elérhetőségére és társadalmi megítélésére. A narratív irodalmi áttekintés célja, hogy a témakör összetettségét és sokdimenziós természetét bemutassa, különös tekintettel a normatív elvárások és a valós életutak közötti feszültségekre.

A reprodukciós döntések hátterében álló sokszínű tényezők összjátékának mélyebb megismerése lehetőséget nyújthat a különböző tudományos megközelítések átgondolására, hozzájárulhat az ellátásában résztvevő érintettek irányuló döntések és programok megalapozásához.

Kulcsszavak: gyermektelenség, halasztott gyermekvállalás, nehezített gyermekvállalás, reprodukciós döntések, reprodukzív életutak

¹ Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Mentális Egészségtudományi Tagozat, Interdiszciplináris társadalomtudományok doktori program.

² Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet.

SOCIAL APPROACHES TO CHILDLESSNESS AND CONSTRAINED PARENTHOOD

A Narrative Review (2021–2025)

ABSTRACT

The study examines the social, cultural, and institutional mechanisms that shape reproductive decision-making in contemporary Hungary. It conceptualises postponed parenthood, childlessness, and constrained pathways to parenthood as socially embedded phenomena influenced by biological, structural, and normative factors. The review — while drawing on selected earlier scholarly contributions — primarily focuses on research published over the past five years (2021–2025) in both Hungarian and English, to highlight the most recent developments in the field. Particular attention is paid to life situations that do not fit into traditional family concepts and in which the possibility of having children becomes limited or uncertain.

The study focuses on three main thematic areas: different forms of intentional and unintentional childlessness, the social and biological consequences of postponing childbearing, and the availability and social perception of alternative family formation options, such as assisted reproduction and adoption. The narrative literature review aims to present the complexity and multidimensional nature of the topic, with a particular focus on the tensions between normative expectations and real-life trajectories.

A deeper understanding of the interplay of the diverse factors underlying reproductive decisions may provide an opportunity to reconsider different scientific approaches and contribute to the development of well-founded decisions and programs for those involved in care.

Keywords: childlessness, delayed parenthood, constrained pathways to parenthood, reproductive decision-making, reproductive trajectories

A GYERMEKTELENSÉG ÉS A NEHEZÍTETT GYERMEKVÁLLALÁS TÁRSADALMI MEGKÖZELÍTÉSEI

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

BEVEZETÉS

Tanulmányunk a Losonczi Ágnes pályája és szellemi hagyatéka előtt tisztelgő tematikus lapszámban jelenik meg. E rövid bevezető résszel szeretnénk illusztrálni, hogyan is inspirálta a Losonczi-életmű a gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás társadalmi kontextusának feltárására irányuló tanulmányunkat. Losonczi Ágnes gyermekvállalással kapcsolatos kutatói munkássága során az emberi élet és életút bonyolult társadalmi, kulturális és biológiai összefüggéseinek feltárására törekedett. Pályafutása alatt kutatói figyelme egyre inkább az emberi életfordulókra irányult, amelyek között kiemelt jelentőséget tulajdonított a gyermekvállalás és a gyermekvárás időszakának.

Az eredetileg longitudinális életút kutatásnak indult *„Társadalmi változások – Életfordulók”* elnevezésű kutatási projektnek végül csak a kezdeti, első két lépcsője valósult meg még Losonczi aktív kutatói időszakában. Az 1988–89-ben, a várandósság harmadik trimeszterében felvett interjúkat és kérdőíveket, majd az 1989–90-ben, a megszületés után folytatott adatfelvételt követően a kutatás az eredeti tervek szerint a megszületeteket követte volna a felnővekedésükig. A reprodukciós döntések, a szülővé válás, majd a (kis)gyermekes lét sajátosságainak feltárására indított kutatás, bár a tervezett teljes időtartamban nem valósult meg, más szempontból túlmutatott az eredeti célokon: az elkészült panelkutatás eredményei nem csupán a szülővé válás folyamatának lenyomatai, hanem a rendszerváltozás kordokumentumai is. A kutatás eredményeit a *Terhesség – Szülés – Születés I.-II.* (Hanák 1988, 1991) kétkötetes tanulmánygyűjtemény összegzi. Bár a kezdeti kutatási tervet nem sikerült megvalósítani, Losonczi fiatal kollégái egy nemzedékkel később, 2011-ben újraélesztették a hosszú időre félretett kutatási anyagokat, és egy újabb adatfelvételi hullámban az akkor már 22–23 éves fiatalok és szüleik megkérdezése révén újabb értékes információkhoz jutottak. Eredményeiket, a korábbi „kék könyvet” és „zöld könyvet” követően a „lila könyvben” tették közzé (Dávid et al. 2016).

Az egyéni életúti (szülővé válás), valamint a történelmi és társadalmi (rendszerváltás) fordulópontok egybeesése lehetővé tette, hogy a kutatói figyelem még erőteljesebben fókuszáljon arra, hogy miként hatnak és keretezik a társadalmi és kulturális viszonyok az egyéni döntéseket és lehetőségeket. Losonczi szemléletmódja és kutatási módszertana különösen alkalmas volt arra, hogy mind a mikro-, mind a makroszintű tényezőket megjelenítse (Somlai 1992).

Losonczi Ágnes egyik fontos kérdésfelvetése az volt, hogy az alapvetően biológiailag szabályozott, a szaporodási ösztön által erősen meghatározott gyermekvállalás megvalósulását miként befolyásolják a társadalmi beágyazottság hatásmechanizmusai. Fő kérdésfelvetései ma, e tanulmány célkitűzéseiben is érvényesek, mindamellett, hogy Losonczi-féle kutatások óta eltelt több mint harminc év társadalmi, gazdasági és kulturális változásai tetten érhetőek mind a releváns kérdésfelvetések, mind az azokra adható és adott válaszok változásaiban is.

Losonczi kutatásainak időszakában átalakulóban volt az egyén döntési szabadságának létjogosultsága a gyermekvállalással kapcsolatban. A korábbi évszázadokban a nőknek nem igazán volt önrendelkezési joga sem a testükkel, sem az életükkel kapcsolatos döntések tekintetében (Losonczi 2020). A huszadik század első felében egyes vidékeken Magyarországon is jellemző volt az egykézés (Demeter 2021), ennek azonban gazdasági okai voltak: a birtokmegosztás elkerülése volt a cél (Losonczi 2020). Az, hogy egy nő döntést hozhat arról, hogy mikor szeretne gyermeket vállalni, a női emancipációval összefüggő hatás (Tóth 1988). Losonczi (2020) ennek kapcsán rávilágított a szocializmus népességszabályozásának sokféle, akár nem is szándékolt hatására. Egyrészt a nők munkaerőpiaci részvételének megerősítése, a felülről irányított emancipáció kimozdította a nőket a korábbi társadalmi helyzetükből. Már nem kizárólag az otthonteremtés és a gyermeknevelés volt az előírányzott feladatuk, hanem részt kellett venniük a (terv)gazdaság építésében. Másrészt a szocializmus e „családellenességének” nem várt következménye lett a család felértékelődése, ami egyben a gyermekekbe, mint a jobb jövő reményébe vetett hit megerősödését okozta. A gyermek társadalmi szerepe is megváltozott, önálló érték, az egyén életcélja lett. Míg a nyolcvanas évek kutatásai elsősorban még a születésszabályozás, a fogamzásgátlás és az abortusz kérdései mentén foglalkoztak a gyermekvállalási döntések és az egyén szabadsága viszonyáról, jelen tanulmányunk egy szociológiai és demográfiai szempontból új jelenségkör, az egyre nagyobb számban előforduló, ma már statisztikailag is megbízhatóan kimutatható szándékos és a nem szándékos gyermektelenség kérdéskörét állítja a vizsgáldás középpontjába.

Bár a gyermekvállalás kérdése sokkal inkább a pár vagy az egyén döntéseként értelmezendő, valójában azok a biológiai, társadalmi és kulturális adottságok és jellemzők, amelyek e döntések hátterében szerveződnek, továbbra is alapvetően határozzák meg, hogy mikor, hogyan és egyáltalán megszülethetnek-e ezek a döntések. Az utóbbi évtizedek társadalomtudományi és demográfiai vizsgálatai rávilágítottak arra, hogy a termékenység változása, a gyermekvállalás halasztása, valamint az egyre gyakoribbá váló gyermektelenség nem magyarázható pusztán egyéni döntések véletlenszerű halmozódásával. Olyan összetett folyamatokról van szó, amelyekben az egyének életszakaszainak kihívásai, az egészségügyi tényezők, a társas viszonyok átalakulása és a társadalompolitikai szabályozások ugyanúgy kölcsönösen hatnak egymásra, mint ahogy Losonczi erre munkáiban is rávilágított.

Kultúrkörünkben ma a család intézményével összefüggő jelenségek leírásának, valamint a velük kapcsolatos kérdések megfogalmazásának módja már magában hordozza a velük foglalkozók személyes és tudományos hozzáállását. Az egyik oldal értelmezésében a „család válságának” és a társadalom hanyatlásának víziója körvonalazódik. Ezzel a megközelítéssel mind a politikai diskurzus, mind a társadalomtudományok terén találkozhatunk. A válságnarratívánál pozitívabb vagy nyitottabb megközelítések megnyugtatóbb választ szolgálnak: eszerint a család jelentősége és szerepe az egyének életében és a társadalomban ma sem kérdőjeleződik meg, azonban számos ponton tetten érhetők a strukturális és működésbeli változatosság irányába mutató változások (Danis 2021).

Jelen tanulmány célja, hogy feltárja, milyen tényezők húzódnak meg a gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás hátterében Magyarországon, különös tekintettel azokra a döntési helyzetekre, amelyek az érintettek számára újra és újra felmerül(het)nek az életút során. A szándékos és a nem szándékos gyermektelenség, valamint a halasztott gyermekvállalás közötti határvonalak nem élesek, és a reprodukív életutak gyakran nem követnek lineáris logikát. Egyre szélesebb körben mutatkozik meg az igény, hogy alaposabban ismerjük meg azokat a családformákat, ahol a gyermekvállalás kérdéssé válik, vagy annak nehezítettsége miatt alternatív utak választására lesz csak lehetőség. Az asszisztált reprodukció során fogant vagy az örök-

befogadás útján családba kerülő gyermekek és szüleik, illetve a véglegesen gyermektelen párok, egyének mind-mind sajátos életutat járnak be.

Irodalomkutatásunk középpontjában annak megértése áll, hogy milyen egyéni, társas és társadalmi tényezők vezethetnek oda, hogy valaki – akár szándékoltan, akár nem szándékoltan – gyermektelen legyen. Külön figyelmet kapnak azok a jogi szabályozások és társadalmi normák, amelyek támogatják vagy éppen akadályozzák az érintettek választási lehetőségeit, és amelyek révén kirajzolódik, mely családi létformák részesülnek politikai és társadalmi legitimációban, és melyek szorulnak annak peremére.

Módszertan

Kutatásunk egy számos fogalommal, komplex folyamatokkal és hatásmechanizmusokkal jellemezhető, széles elméleti kérdéskör témafelvetéseinek szakirodalmi bemutatására törekszik. Nem egy konkrét – empirikusan releváns és összegezzhető – kérdésfeltevést (*systematic review*) vizsgáltunk, nem is egy szűkebb kutatási terület feltérképezésére és rendszerezésére (*scoping review*) vállalkoztunk, hanem egy kiterjedt fogalomkészlettel és komplex összefüggésekkel leírható jelenségkör általános, inspiratív bemutatását tűztük ki célul, melyhez az átfogó narratív áttekintés módszere (Sukhera 2022) illeszkedik leginkább. E megközelítés szabadabb, összefoglaló és értelmező jellegű, nem követ szigorú, előre definiált módszertant (mint pl. a PRISMA). Irodalomkeresésünk alapját egyrésről a fellelhető magyar nyelvű, a magyar társadalomra vonatkozó írások, másrésről pedig nemzetközi, leginkább európai összefoglaló értekezések (folyóiratcikkek, szerkesztett kötettanulmányok, kutatási jelentések) adták. A narratív áttekintés fókuszát elsődlegesen a 2021–2025 között megjelent magyar és angol nyelvű irodalmakra helyeztük, hogy a témakör legfrissebb tudományos irányait mutathassuk be.

Keresésünk fókuszában a (szándékos és nem szándékos) gyermektelenség, a halasztott gyermekvállalás, a meddőség és a szülőség alternatív lehetőségei álltak. Az áttekintésünkhöz azok a magyar nyelvű, 2021–2025 között megjelent összefoglaló tanulmánykötetek adták a kiindulópontot, amelyek családtudományi, családszociológiai, demográfiai megközelítésben foglalkoztak a témával (Bátki–Ribiczey 2021, Szalma–Takács 2022, Husz 2022, Bátki–Mészáros 2024). A tanulmánykötetek témáinkhoz kapcsolódó fejezetei mellett keresésünket kiterjesztettük az ugyanebben az időszakban magyar nyelven megjelent szakcikkekre is. A magyar társadalomra vonatkozó kutatásokat és elméleti összefoglalókat kiegészítettük olyan nemzetközi tanulmányokkal, amelyek segíthetik a hazai helyzet európai kontextusba helyezését, és így a hazai folyamatok mélyebb megértését. A 2020 előtti meghatározó elméleti és demográfiai munkák összefoglaló jelleggel, fogalmi háttérként kerültek be elemzésünkbe, mivel e nélkül a friss kutatások eredményei adott esetben nehezen értelmezhetők.

A válogatás és az értelmezés folyamata iteratív és reflexív jellegű volt, a Sukhera (2022) által leírt narratív review-megközelítéssel összhangban. A tanulmány e műfaji tipológia szerint az integratív–kritikai áttekintések körébe sorolható, amelyek célja nem a szakirodalom történeti vagy rendszerező leírása, hanem a különböző társadalomtudományi megközelítések közötti dialógus létrehozása. Az elemzés fókuszában így nem a teljeskörűség, hanem a szakirodalommal folytatott értelmező párbeszéd áll.

Kutatásunk több, egymással összefüggő, de mégis egymástól jól elhatárolható altémára épül, tanulmányunk felépítése ezt a tematikus ívet követi. Az 1. sz. táblázatban összegeztük azokat a kulcsfogalmakat, amelyekre az egyes altémákhoz kapcsolódó irodalomkeresésünket építettük. Ezek azok a fő fogalomcsoportok,

amelyek alapján a keresésünket elindítottuk. A tanulmányokban kirajzolódó vizsgálati kérdések, háttérösszefüggések, megfigyelhető folyamatok és értelmező magyarázatok szolgáltatták a további irodalmak felkutatásának és kiválasztásának szempontrendszerét.

1. táblázat. A kereséshez használt kulcsszavak

Altéma	Kereséshez használt magyar kulcsszavak	Kereséshez használt angol kulcsszavak	Évszám
Gyermeكتelenség	Gyermeكتelenség	Childlessness AND Europe	2021–2025
Halasztott és kései gyermekvállalás	(Termékenység VAGY Demográfiai trendek) VAGY (Halasztott VAGY Kései gyermekvállalás)	(Fertility OR Demographic Trends) OR (Late OR Delayed Childbearing) AND Europe	2021–2025
Nehezített gyermekvállalás	(Meddőség VAGY Nehezített gyermekvállalás)	(Infertility OR Subfertility) AND Europe	2021–2025
A szűlőség alternatív útjai	(Asszisztált reprodukció VAGY Örökbefogadás VAGY Nevelőszűlőség) ÉS Magyarország; Genetikai szűlőség VAGY Donáció	(Assisted Reproduction OR Adoption OR Foster Care) Europe; Genetic Parenthood OR Donor Parenting AND EUROPE	2021–2025

A keresés kizárólag magyar és angol nyelven történt. Az angol nyelvű keresést leszűkítettük olyan szisztematikus összegző és összehasonlító, legalább részben európai folyamatokra, trendekre reflektáló elméleti irodalmakra, amelyek szélesebb rátekintéssel, szintetizáló céllal fogalmazták meg állításait, és kizártuk azokat a nem hazai empirikus kutatásokat, amelyek csupán egy-egy nemzet vagy kultúra vonatkozásában mutatták be eredményeiket. Fókuszunk tehát földrajzilag Európára és ezen belül Magyarországra került, amelyet olyan világtrendekről szóló szakirodalmak egészítettek ki, amelyek érintettek régióknál megfogalmazott tapasztalatokat.

Célunk volt továbbá, hogy bemutassunk olyan elméleti perspektívákat, amelyek lehetővé teszik az egy-egy témacsoport köré rendeződött megközelítések ütköztetését, akár több tudományterület eltérő nézőpontja által. A fellelt empirikus kutatásokat összefoglaló szakcikkek, szerkesztett tanulmányok és kötetek felhasználásával, hólabda módszerrel kerestünk még a témánkhoz relevánsan kapcsolódó magyar és angol nyelvű írásokat. Célunk, hogy a nemzetközi elemzésekkel kiegészített hazai irodalmak narratív összefoglalása támogassa olyan további érvényes kérdések megfogalmazását, amelyek a jövőbeni hazai kutatási irányok kijelölését is segíthetik.

A feltárt irodalmak és kutatási összefoglalások alapján a 21. század harmadik évtizedének gyermekvállalással kapcsolatos kérdéscsoportjait írásunkban az alábbi témák szerint tárgyaljuk. Elsőként azt a sajátos családformát mutatjuk be, amely a gyermek nélküli életet jelenti. A gyermektelenség térnyerése mind az európai országokra, mind hazánkra jellemző folyamat. Ebben – egyelőre kisebb súllyal – a változatosságot mutató, komplex folyamatok következtében tudatosan választott gyermektelen életforma, valamint a – hangsúlyosabb – nem szándékos gyermektelenség is szerepet játszik. Ezek után kitérünk a fertilitással kapcsolatos demográfiai folyamatok sajátosságaira, és kitekintünk azok lehetséges magyarázatára. A halasztott és a kései gyermekvállalás egyik lehetséges következménye a meddőség. A gyermektelenség hátterében olykor azonban nem biológiai, hanem társadalmi akadályok állnak. Tanulmányunk záró részében rövid áttekintést adunk a szűlőség alternatív lehetőségeiről, a gyermeket természetes úton vállalni nem tudók döntési lehetőségeiről.

A GYERMEKTELENSÉG

Mind a szociálpolitikai döntéshozatal eszköztárában, mind a társadalmi normák terén nagy különbségek figyelhetők meg az európai társadalmak gyermektelenséghez fűződő viszonyával kapcsolatban. A magyar családpolitikai vagy inkább népesedéspolitikai célok csakúgy, mint más európai társadalmak esetén, első sorban a népességfogyás megállítást, a születésszám növekedését célozzák. Hazánkban az eszköztár határozottabban mozdul el a tradicionálisnak tekintett családi berendezkedés felértékelése, a hagyományosnak tekintett női szerepek hangsúlyozása irányába (Raţ–Szikra 2018, Szekulesz 2022). Ehhez képest a skandináv országokban az erőteljesebb egalitáriánus szerepmegosztás és a rugalmasabb munkaszervezés megoldásával törekednek a gyermekvállalás motivációjára (Spéder 2024).

Nem kizárólag a politikai kommunikációban találkozhatunk a gyermekvállalás felértékelésével, a család-szociológia társtudományának tekinthető népességtudomány is sokszor negatív előjellel szól, megváltoztatandó folyamatként beszél a csökkenő születésszámról, melyben a gyermektelenség negatív állapotként tűnik fel (Szalma–Takács 2022).

A gyermektelenség koncepciója

A gyermektelenséggel szembeni negatív attitűdök az antikvitásig nyúlnak vissza. A gyökerek a mai napig hatással vannak arra az európai szinten is általánosan megfigyelhető negatív társadalmi/kulturális beállítódásra, amely a gyermektelenséget övezi (Gouni et al. 2022). A mai napig az európai kultúra szerves részét képezik azok a néphagyományok, amelyek a termékenységet ünneplik, másrészt az összes európai ország családpolitikája pronatalistának tekinthető, mert eltérő módokon ugyan, de előnyöket és támogatást biztosítanak a gyermekkel élő családok számára (Szalma–Takács 2022).

Egy magyar mintán végzett kutatás szerint a közvélekedést az jellemzi, hogy gyermek nélkül nem lehet teljes életet élni (Szalma 2021). Különösen igaznak gondolják ezt a nőkre nézve, ezzel mintegy kötelezettséget róva a nőkre a gyermekvállalással kapcsolatban (Szalma–Takács 2016). Mindeközben Nagy (2021) a gyermektelen családok témáját részletesen kifejtő könyvfejezetében már a nyitó részben felvázolta, hogy maga a gyermektelenség fogalom meghatározása is nehézkes. Vitába szállt azzal a szemlélettel, hogy az időbeliség tekintetében éles határ vonható az átmeneti és az állandó gyermektelenség között, hiszen a szándékok és a lehetőségek az egyén vagy a pár életútja esetében is dinamikusan változó jellemzőkként írhatók le. Példaként említhető például egy olyan pár, ahol a pár egyik tagja idős vagy beteg rokona ápolása miatt folyamatosan a halogatás mellett dönt, s emiatt csúsznak ki a saját (biológiai) gyermekvállalás lehetőségeből: annak ellenére, hogy folyamatosan csak átmeneti időszakra vonatkozóan döntenek a halasztásról, végül a biológiai korlátok miatt a (későbbre) tervezett gyermek soha nem születik meg. Ezzel ellentétben teljesen más utat jár be például az az azonos nemű pár, akinek szándékában állna gyermeket nevelni, de a jogi környezet ezt nem teszi lehetővé.

A gyermektelen családforma

Ahogy említettük, a magyarországi népesedéspolitikai célok elsősorban a népességfogyás megállítását, a születésszám növekedését célozzák, mert a gazdasági növekedés előfeltételeként tekintenek a megszületendő gyermekekre (Szikra 2021). Mind a politikai diskurzus, mind a közbeszéd – és az ezek hatásától teljesen függetlenül nem tudó tudományos kommunikáció is – csak óvatosan tud nyitni egy olyan megközelítés felé, amely inkluzívabban tudja a családformák sokféleségét kezelni.

Miközben a születésszám csökkenése, a fertilitási ráta változásai vagy a vágyott gyermekek megszületésének akadályai már a kora 2000-es évek óta témája a magyar demográfiai irodalomnak (Szalma–Takács 2022), a gyermektelen párokról mint családformáról való gondolkodás viszonylag újszerű. A gyermektelenség kérdéskörének a család tágabb fogalomkörében történő tárgyalása a családszociológia tudományterületét hosszasan meghatározó strukturalista-funkcionalista iskolában ugyanis még nem volt helye. Ennek alapját a parsonsi „normális család” (Parsons 1965) fogalma jelentette, amely nem jelent lényegében mást, mint azt a nukleáris családmódellet, ahol a család kizárólag olyan kétgenerációs társadalmi konstruktum lehet, ahol legalább egy gyermek is része a családot alkotó csoportnak. A tudományos diskurzuson messze túlmutató hatású ennek az etalon családmódelnek a jelenléte, mind a jogalkotásban, mind a közgondolkodásban máig érezteti a hatását. Az utóbbi időszak konstruktivista megközelítése teret ad annak, hogy gondolkodás és párbeszéd folyjon olyan családi formációkról, ahol például kizárólag a választott kapcsolatokon alapul és arra épül a család (vérszerinti vagy örökbefogadott gyermek nélkül), vagy olyan sajátos helyzetről, ahol a háziállatot tekinti az egyén a családtagjának (Husz–Herke 2022).

A magyar szakirodalomban is csak az utóbbi években jelent meg a család sokszínűségének egyik lehetséges formájaként a gyermektelen párokról való gondolkodás. (pl. Nagy 2021). Ebben a megközelítésben a gyermektelenek lényegileg nem különböznek a gyermekkel élő családoktól, amennyiben a családra mint érzelmi közelséget, szexuális intimitást, anyagi gondoskodást, közös otthonteremtést és alkotóképességre való törekvést biztosító társadalmi konstruktumra tekintünk. Amennyiben egy kicsit mélyebben, összetettségében vizsgáljuk meg a gyermektelenséget, láthatóvá válik, hogy önmagában is legalább akkora változatoságot mutat, mint a gyermeket nevelő családok sokszínűsége.

A szándékos vagy önkéntes gyermektelenség

A tudatosan gyermek nélkül élők, akik már elérték a fogamzásképes koruk végét, egyelőre nem nagy, de egyre növekvő arányban vannak jelen az európai (Albertini–Brini 2021, Rojas Betancur–Quirama–Rubio 2023) és a hazai társadalomban (Spéder 2024). A gyermektelenek jelenlétét a társadalomban Magyarországon és a volt szocialista országokban sokáig szinte kizárólag az egészségügyi okokra visszavezethető gyermektelenséggel magyarázták a különböző diskurzusok. A közvéleménykutatások hosszú időn át azt jelezték, hogy hazánkban nincs is jelen az akaratlagos gyermektelenség (Spéder 2024), de a valóságban a jelei már több mint tíz évvel ezelőtt is megmutatkoztak (Szalma–Takács 2012, 2014). A legújabb gyermekvállalással kapcsolatos kutatások alapján mára már statisztikailag is kimutatható az akaratlagosan gyermektelenek jelenléte a társadalomban. A fiatal felnőttek körében mért gyermektelenségre vonatkozó szándék már a 10%-ot is eléri (Spéder 2024), ami természetesen az idővel még változhat.

A tudatosan vállalt gyermektelenséggel szemben egyelőre nagyfokú ellenérzés tapasztalható a közbeszédben. A téma gyakran negatív megítélés alá kerül, az individualizált, énközpontú társadalmi berendez-

kedés következményeként utalnak rá a médiakommentek és akár a kutatási beszámolók is (Kapdebo 2024). Ezek az interpretációk a gyermektelen nőket hibáztatják az elöregedő társadalomért, a bizonytalanra váló szociális támogatási rendszerekért (Nagy 2021, Szekulesz 2022).

Az érintettek bemutatása időnként negatívan kereteződik a legfrissebb hazai tanulmányokban is: „*bizonyos élethelyzetek között lavírozó emberek, akik félnek, hogy nem tudják megvalósítani önmagukat, adott esetben hiányzik a szülői ösztönük, és nincs stabil párkapcsolatuk*” (Pári–Nagy–Kozák 2022:188). Ezzel párhuzamosan a feminista perspektíva az önmegvalósítás és a társadalmi hagyományoktól való szabadság metaforájaként tekint az önként és tudatosan vállalt gyermektelen életmódra (Kreyenfeld–Konietzka 2017). A tudományos világ is nehezen vonja ki magát a pronatalista társadalmak szándékos gyermektelenséggel szembeni negatív attitűdjei alól (Nagy 2021). Maga a kutatási kérdésfelvetés is értékítéletet fogalmazhat meg a kutatók/szerzők részéről, hiszen erősen utal a kérdésfeltevő hozzáállására az, hogy a gyermektelenség elfogadásáról (Szalma–Takács 2016) vagy a gyermekvállalás elutasításáról (pl. Pári–Nagy–Kozák 2022) kérdezi meg az alanyait.

A fentebb említett társadalmi megítélésekkel szemben azok a fiatalok, akik bizonytalanok a gyermekvállalásuk szükségességével kapcsolatban, vagy határozott döntésként kommunikálják a gyermektelen létforma melletti elköteleződésüket, jóval változatosabb indokokkal szolgálnak. Az egyéni életút során szerzett negatív tapasztalatok mellett nagy hangsúllyal jelennek meg a jelenkori társadalmi folyamatokkal kapcsolatos aggodalmak, félelmek (például a háborúk) és a felelősségvállalás. A reprodukív szándékokat és döntéseket (kevesebb gyermek vállalása vagy a teljes gyermektelenség) befolyásoló motivációk között egyre terjedő mértékben a klímaváltozással kapcsolatos aggodalmak is előkerülnek. Négy fő téma köré csoportosíthatóak az ebben a témakörben felmerülő indokok (Dillarstone–Brown–Flores 2023):

1. a születendő gyermek bizonytalan jövője;
2. a túlnépesedéssel és túlfogyasztással kapcsolatos környezetvédő szempontok;
3. a család megélhetési szükségleteinek bizonytalansága; valamint
4. a környezetvédelem és a politika kapcsolatához fűződő érzelmek.

A gyermektelenségnek mint a tervezett családi élet egyik választható formájának társadalmi normaként való elfogadása kulturálisan erősen meghatározott. Egy adott társadalmi csoport normarendszere, illetve annak változékonysága, az adott társadalomra jellemző nyitottság, befogadás, vagy éppen annak zárt, netán elutasító volta meghatározhatja, hogy annak tagjai mennyire szabadon gondolkozhatnak a gyermektelenségről mint érvényes életformáról (Cherkezova 2023, Rojas Betancur–Quirama–Rubio 2023).

GYERMEKVÁLLALÁSI TRENDEK

A tudatos gyermektelenség tehát létező jelenség az európai kontinensen, azonban mértéke nem magyarázza az éves születésszámok, valamint a teljes termékenységi ráta erőteljes csökkenő tendenciáját.

Mind a teljes kontinensen, mind hazánkban a demográfiai folyamatok leírásában és a mögöttük húzódó hatásmechanizmusok feltárásában kiemelkedő szerep jut a termékenységi mutatók változásai és a halasztott gyermekvállalás jellegzetességei vizsgálatának. Az előbbit csak érintőlegesen, az utóbbit – mivel közvetlenül hozzájárul a nem szándékolt gyermektelenség lehetséges okainak megértéséhez – bővebben tárgyaljuk.

A fertilitás csökkenése mint általános jelenség Európában

Jelenleg az Európai Unió 27 tagállama közül egy sincs, amelyik meghaladná vagy elérné a népesség reprodukciójához szükséges 2-es értéket (Kapitány–Spéder 2021). A 21. század fordulóján megjelent elemzések még optimistán közelítettek az évek óta csökkenő termékenységhöz: azt feltételezték, hogy az erőteljes negatív tendencia után az erősödő gazdasági és társadalmi fejlődés majd visszajára fordítja a folyamatot, és a reprodukciós szint közelébe kerül megint a ráta. Általános politikai stratégia részévé vált a termékenység motiválása és a népességnövekedés megfelelő szinten történő stabilizálása. A magasan fejlett országok folyamatait elemezve azonban látható, hogy a néhány évig tartó növekedés után az utóbbi évtizedben újra a csökkenés tendenciája figyelhető meg (Aitken 2024). Összességében elmondható, hogy a legújabb folyamatok szerint a regionális eltérések mértéke csökken a termékenység tekintetében: mindenhol a termékenység visszaesésének tendenciája figyelhető meg. Különösen érdekes, hogy a korábban viszonylag magas termékenységi rátával jellemezhető skandináv országokban kifejezetten nagy mértékű visszaesés tapasztalható annak ellenére, hogy ezek a gazdaságilag legfejlettebb országok, itt a legnagyobb vonalúbb a családtámogatási rendszer és a legkiegyenlítettebb a nemek közötti munkamegosztás (Spéder 2024). Ez a tendencia ellentmond azoknak a korábbi feltételezéseknek, amelyek magyarázattal igyekeztek szolgálni a területi különbségekre. Úgy tűnik, sem azok a családtámogatási rendszerek, amelyek a konzervatívabb családmodellt igyekeznek erősíteni, sem a nemi egyenlőséget és az egyenlőbb munkamegosztást előnyben részesítő skandináv modell nem elégséges ezeknek a folyamatoknak a megváltoztatására.

Aitken (2024) a humán fertilitás globális szintű csökkenésének jellegzetességeit vizsgálva hangsúlyozza, hogy a jelenlegi demográfiai folyamatok megértéséhez még a kulturális, társadalmi és gazdasági tényezők figyelembevétele sem elegendő. Ha az alacsony termékenység a világ egyre nagyobb részén jellemző trendjét akarjuk megérteni, a vizsgálódásoknak ki kell terjedni a reprodukív egészség számtalan biológiai és klinikai befolyásoló tényezőjére is.

A halasztott gyermekvállalás és a nem szándékos gyermektelenség Magyarországon

A gyermekvállalás későbbre tolódása az egész európai térségre jellemző folyamat (Safdari-Dehcheshmeh et al. 2023). Az egyének és a párok élethelyzetének dinamikus változása miatt a valóságban nehezen elkülöníthető a szándékos és a nem szándékos gyermektelenség (Nagy 2021, Beaujouan 2022). Az azonban határozottan állítható, hogy jóval többen vannak a társadalomban, akik az életút folyamán döntések sorozatával újra és újra halasztják a gyermekvállalást, mint azok, akik nagyon határozottan köteleződnek el a gyermektelenség mellett (Albertini–Brini 2021). A termékenység biológiai meghatározottsága miatt a gyermekvállalás folyamatos halasztása meddőséghez és/vagy gyermektelen életformához vezethet.

A halasztott gyermekvállalás számadatokban

A női életút késői időszakában (is) történő gyermekvállalás nem volt ismeretlen a 21. századot megelőző időszakokban sem, különösen a fogamzásgátló technikák térnyerése előtt. A huszadik század első feléig térségünkben is sokkal általánosabb jelenség volt, hogy egy nőnek 4–7 gyermeke született, és a gyermekvállalás a teljes termékenységi időszakra kiterjedt (Aitken 2024). Ami gyermekvállalás tekintetében nagyobb fajsúlyú változás, az az első gyermek megszületésének későbbre tolódása a nők életútjában. Ennek feltérképezését segíti a gyermektelen nők arányának vizsgálata az egyes korosztályokban. Bár a 44 éves életkori kohorsz még nem tekinthető végérvényesen terméketlennek, már nagy eséllyel jelzi előre a véglegesen gyermektelen nők arányát. Ezért van nagy jelentősége a legutóbbi népszámlálásból látható adatnak: a gyermektelenség közel a kétszeresére emelkedett 10 év alatt a 44 éves nők körében. Az 1983-ban született nők esetében ez az arány elérheti a 20%-ot is, amikor 44 évesek lesznek (Spéder 2024). A negyvenes éveikben járó nők közel egyötöde (18%) volt gyermektelen³ a népszámlálás idején (Szilágyi–Rövid 2024). A nők biológiailag legtermékenyebb időszakában, a 20–29 éves korosztályban 74%-os volt a gyermektelen nők aránya, a férfiaknál ez még magasabb, 86% volt (Szilágyi–Rövid 2024).

A 2010-es évek elején a halasztott gyermekvállalás következtében a 35 évnél idősebb nők körében volt a legerőteljesebb a termékenység növekedése (Kapitány–Spéder 2021). Ezt hívja a demográfia visszapótlásnak. Ez a pozitív tendencia azonban hamar megfordult, tíz évvel később, 2021–2022 között a 35–39 éves korosztályban csökkent leginkább a termékenység és a nők 45%-a volt gyermektelen (Szilágyi–Rövid 2024). Mindez azért figyelemre méltó, mivel biológiailag már nagy mértékben csökken a lehetősége annak, hogy az ebbe a korosztályba tartozó nők gyermeket szüljenek.

A halasztott gyermekvállalás okai

A halasztott gyermekvállalás tendenciái háttérében meghúzódó okokat számos kutatás és elemzés igyekszik feltárni nemcsak a megértés, hanem a hatékony beavatkozási pontok meghatározása érdekében is. A következőkben azokat a leggyakrabban említett hatótényezőket soroljuk fel, amelyek a hazai és a nemzetközi irodalmakban – mint az egyének vagy a párok halasztott gyermekvállalását leginkább befolyásoló jelenségek – megjelennek.

A gyermekvállalás későbbre tolódásában kiemelt jelentősége van a tartós párkapcsolat hiányának (Szalma–Takács 2012, Miettinen et al. 2015, Safdari-Dehcheshmeh et al. 2023) vagy akár a nem megfelelő minőségű párkapcsolatnak (Kapdebo 2024). Az egyedülálló nők nemcsak nehezebben köteleződnek el a gyermekvállalás mellett (Szalma–Takács 2012), de a lehetőségeik korlátozottabbak is a magyarországi szabályozások miatt (Lengyel–Danis 2025). A társadalmi elvárások és attitűdök is visszatartják az egyedülállókat a gyermekvállalási döntés meghozatalától (Szalma–Takács 2014).

A gyermekvállalás melletti döntés halasztását eredményezheti az elhúzódó edukációs időszak, a nők munkaerőpiaci részvételének és az otthoni munkamegosztásnak a sajátosságai is (Pápay–Gellért 2015, Bóné 2020, Safdari-Dehcheshmeh et al. 2023). A tanulmányi és/vagy karrierlehetőségek, valamint a szülőség felelősségének, feladatainak sikeres összehangolása elősegíthetné a fiatalabb korban vállalt anyaságot, azonban ma még ennek a társadalmak által támogatott lehetőségei korlátozottak. A női karrierutak és a gyermek-

3 A szerzők elemzésükben kizárólag azokat tekintették gyermektelennek, akinek életében nem született saját gyermeke és a népszámlálás időpontjában egyáltalán nem nevelt semmilyen (pl. örökbefogadott vagy az új párkapcsolattal a háztartásba került) gyermeket.

vállalás egyidejű lehetőségének korlátozott támogatottsága az optimális fertilitási ablak kultúrába ágyazott figyelmen kívül hagyásaként értelmezhető (Flynn–Senstock 2023).

Úgy tűnik, a reprodukciós tudatosság hiánya, a női termékenységgel kapcsolatos túlzottan optimista vélelmek is a halasztást támogatják (Pápay–Gellért 2015, Safdari-Dehcheshmeh et al. 2023). Ennek egyik típusa, amikor egy pár ismétlődően a halasztás mellett dönt abban a reményben, hogy még van idejük a gyermekvállalási terveik megvalósítására (Beaujouan 2022). Ezt a folyamatot sokszor nem is tudatos döntésként élik meg az érintettek, hanem akként, hogy a körülmények alakulása nem tette lehetővé az elköteleződést a gyermekvállalás mellett (Szekulesz 2022). Másrésztől hamis biztonságérzetet kelthetnek a hozzáférhető asszisztált reprodukciós technikák (ART) azáltal, hogy úgy érzik, ha a spontán termékenységük csökken is az idő múlásával, az orvosi beavatkozások segítségével idősebb korban is meg tudják majd valósítani gyermekvállalási szándékaikat. Ezzel szemben a gyermekvállalási esélyek ART esetén is ugyanúgy csökkennek az életkor növekedésével (ESHRE Capri Workshop Group 2010) (A mesterséges megtermékenyítési eljárásokkal kapcsolatos attitűdök magyarországi vizsgálatairól ld. továbbá pl. Szalma 2014, 2021; Szalma–Pélyi 2024).

Az anyagi és pszichés biztonság előzetes megteremtésének igénye, a testi és lelki egészség biztosítása, a gyermekvállalás okozta töréspont a karrierútban mind közrejátszhatnak a halasztás melletti döntésekben (Szalma–Takács 2016, Safdari-Dehcheshmeh et al. 2023, Kapdebo 2024). Mindez arra enged következtetni, hogy a gyermek(ek) felnevelésével kapcsolatos vélelmek közül erősebbek lettek azok, melyek az egyének és a párok számára a veszélyeket és a bizonytalanságokat jelentik, semmint a gyermekes lét előnyei.

Látható, hogy a gyermekvállalási szándékok megvalósulásának vizsgálataiban kiemelt fókusz kerül a női életút kérdéseire és változásaira, a nők gyermekvállalási szokásaira. Szekulesz (2022) ART eljárásban részt vevő nőkkel készített interjúi között volt olyan eset, amikor, habár a férj hosszabb ideig ellenezte a gyermekvállalást, mégis a nő tekintette magát felelősnek azért, hogy elszalasztották a fertilitás ideális időszakát. Ez a példa is arra mutat rá, hogy a hagyományos szerepelvárások szerint a nő felelőssége a gyermekvállalás, a társadalmi nyomás rajtuk van.

Bár a gyermekvállalással kapcsolatos döntések, illetve a gyermektelenség témaköre a legtöbb kutatásban – a valószínűsíthetően idő- és energiatakarékossági okokkal indokolható módszertani megfontolások és a mintavétel gyakran bekövetkező nemi egyoldalúsága okán – továbbra is a női tapasztalatok mentén szerveződik, fontos megemlíteni, hogy az utóbbi években egyre több nemzetközi és hazai vizsgálat és összefoglaló tanulmány tért ki a férfiak perspektívájára is. Ezek a munkák többek között a férfi meddőségi tapasztalatok (Lengyel–Danis 2025), reprodukzív döntések (Szalma–Takács 2018b, Sturm–Koops–Rutigliano 2023), a meddőségi kezelésekhez kapcsolódó érzelmi tapasztalatok (Sylvest et al. 2025), valamint az örökbefogadás és az önkéntes gyermektelenség kérdését tárgyalják (Szalma–Takács 2018a). A férfiak tapasztalatainak bevonása a jövőbeli kutatásokban hozzájárulhat a gyermekvállalás társadalmi kontextusának árnyaltabb megértéséhez, különösen a párkapcsolati és intézményi döntési folyamatok szintjén.

Az idősebb korban vállalt gyermek, a kései anyaság

Az Eurostat⁴ adatai szerint határozottan és folyamatosan növekszik a negyven felett első gyermeket vállaló nők aránya az Európai Unió tagállamaiban, átlagosan húsz anyából egy ebbe a korcsoportba tartozik, ezért megkerülhetetlen, hogy a gyermekvállalási kérdések felvetésekor az ő helyzetükre is kitérjünk.

Az utóbbi néhány évtizedben a szülőség szempontjából az idősödés kérdése jobban eltávolodott az időskor más kontextusban tárgyalt témáitól, mint régebben. A várható élettartam megnövekedése nem jár együtt a nők termékeny korának változásával, vagyis azok a 35–45 éves nők, akik az élet egyéb területein a fiatalság megőrzésének ideálját követik, testükben már a hormonálisan szabályozott pre- vagy perimenopauza idejét élik (De Clercq et al. 2023). Ez az időszak egy nő életében a gyermekvállalást tekintve biológiai késeinek számít.

A biológiai meghatározottság azonban nem feltétlenül esik egybe azzal, amit a társadalom a szülővé válás ideális idejének gondol. A *European Social Survey* adatainak összehasonlító elemzéséből az derül ki, hogy a gyermekvállalással kapcsolatos társadalmi normák nem követik a gyermekek születésének egész Európában tapasztalható későbbre tolódását: sokan továbbra is úgy érzik, hogy van „ideális” életkor a szülőség megtapasztalására, mégpedig a nőknél ez nagyjából 26, a férfiaknál 28 év (Lazzari–Compans–Beaujouan 2025). Ennek jelentősége ott ragadható meg, hogy az ideális szülőséggel kapcsolatos normák megjelennek az egyének vagy párok mikrokörnyezetének a kommunikációjában. Fiatalabb korban a nem várt terhességtől való ódzkodással, a megfelelő fogamzásgátlók használatának elvárásával (Szekulesz 2022), később pedig a gyermekvállalással kapcsolatos megfelelő vagy túl késői időszakra való utalgatással (De Clercq et al. 2023). Ugyan némileg emelkedett a gyermekvállaláshoz ideálisnak vélt életkor, az attitűdök változása nem követi a gyermekvállalási tendenciák változásait. A nők biológiai reprodukciós határai szűkebbek, mint amit a társadalmi attitűdök tükröznek (Lazzari–Compans–Beaujouan 2025).

A pronatalizmus nemcsak a gyermekszületésre hatni kívánó politikai szándékot, hanem a gyermekvállalást ösztönző társadalmi elvárást is jelenti, ami a mindennapi közgondolkodást és ennek hatására a társas helyzeteket is áthatja. Kutatásokban gyermektelen nők beszámolnak arról, hogy a környezetük milyen gyakran érdeklődik tolatkodóan a gyermekvállalási szándékukról. Ezek a kérdések rejtetten azt az üzenetet hordozzák, hogy a gyermektelen egyén nem veszi komolyan a biológiai óráját, vagy szándékosan nem teljesíti társadalmi feladatát (De Clercq et al. 2023). Kutatások azt is igazolták, hogy a gyermektelen állapot stigmatizációja stresszt okoz (Bartholomaeus–Riggs 2017). Sajátos helyzetben vannak azok a nők, akik a társadalmi megítélés szerint egyrészt az ideális időszak végén járnak, másrészt magukon érzik azt a társas vagy társadalmi nyomást, hogy gyermeket kell(ene) vállalniuk (Lazzari–Compans–Beaujouan 2025).

Az idősebb korban anyaságot vállalók szélsőséges nézetekkel is szembesülhetnek. Az egyik szerint az idősebb anyák aktív és felelőtlen kockázatkeresők, akik nem vesznek tudomást a késői terhesség veszélyeiről. E megközelítésben a kései anyaságot vállalókat gyakran önzőknek, karrieristáknak tekintik, akik kockáztatják a megszülető utódnak nemcsak az egészségét, hanem a jövőjét is azáltal, hogy viszonylag fiatal korban gondoskodnia kell majd az idősödő szülőről. A másik megközelítés szerint a fertilitási ablak vége felé gyermeket vállalók passzív egyének, akik hagyták magukat kitenni a körülmények játékának, nem tudták alakítani a sorsukat. Emiatt egyfajta sajnálat övezi őket, mert ki vannak szolgáltatva az elkerülhetetlen társadalmi-kulturális hatalmi struktúráknak (De Clercq et al. 2023).

4 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics; https://ec.europa.eu/eurostat/cache/dig-pub/demography_2021/bloc-2b.html?lang=et

E szélsőséges nézetek helyett a kései anyaság komplexitásának megértésére lenne szükség, ami mind a közbeszédben, mind az egészségügyi kontextusban kulcsfontosságú lehet ahhoz, hogy kezelhetővé váljon ez a többretegű jelenség, és a medikalizált, kockázatalapú modellről a személyközpontúbb, a nőket a döntéshozatalba jobban bevonó támogatásra lehessen áttérni. Aitken (2024) evolucionista megközelítésében már feltette azt a kérdést is, vajon a nők gyermekvállalási korának növekedése magával hoz-e majd egy olyan evolúciós szelektivitást, ami a késői anyaságra alkalmas genotípust támogatja.

Természetesen nem szabad figyelmen kívül hagyni az apai oldalt sem, amikor a kései gyermekvállalásról gondolkodunk. Csakúgy, mint a gyermekvállalással, meddőséggel, gyermekneveléssel kapcsolatos bármilyen területen, a kései gyermekvállalás esetén is jóval kevésbé kutatott a férfi oldal, mint a női. Ennek egyik oka, hogy a férfiak számára nem zárul le a termékenységi időszak olyan korán és határozottan, mint a nők számára, rájuk nem vonatkozik a biológiai óra koncepciója (Szekulesz 2022). A társadalmi norma is elfogadóbb a férfiak kései gyermekvállalásával kapcsolatban, ennek felső korhatára jellemzően öt évvel későbbre, 48 éves korra kerül (Lazzari–Compans–Beaujouan 2025). Bár a férfiakat tekintve nincs egységesen meghatározva, hogy mikortól számít késeinek az apaság, kutatási eredmények arra mutattak rá, hogy egyértelmű kapcsolat áll fenn az előrehaladottabb kor és a meddőség között, valamint az idősebb apától származó utódok sérülékenyebbek az örökletes betegségek tekintetében (Kaltsas et al. 2023).

A SZÜLŐVÉ VÁLÁS NEHEZÍTETTSÉGE

A gyermekvállalás nehezítettsége különböző módon érintheti az egyéneket és a párokat. A természetes fogantatás biológiai vagy funkcionális akadályaira visszavezethető meddőség jelentős szerepet játszik a terméketlenség különböző megjelenési formái között. A nem szándékos gyermektelenség azonban nem csupán biológiai okokra vezethető vissza. A háttérben húzódó okok bizonyos mértékben kijelölik az érintettek döntési lehetőségeit, de ezen túl az egyéni preferenciák, a társas környezet és a jogi szabályozás mind hatással vannak arra, hogy végül megtörténhet-e, és ha igen, milyen módon, a gyermek érkezése abba a családba, ahol a természetes út nem járható.

A gyermek megfogadásának biológiai akadályozottsága: a meddőség

Az előző részben a halasztott gyermekvállalás kapcsán már említettük, hogy ez eredményezheti a természetes fogantatás biológiai akadályát. Sok esetben az érintettek helyzetét a meddőséggel azonosítják. Bhattacharya és munkatársai (2019) vitába szálltak azzal a megközelítéssel, hogy a nők öregedésével összefüggő nehezített gyermekvállalás esetében is a meddőségi kezelések azonnali elindítása lenne a megfelelő ellátás. Ez a felfogás – szerintük – figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy a természetes fogantatásra alapvetően több időt kell várni 35 éves kor felett. Ezen túl – tették hozzá – 40 éves kor felett nem szabadna meddőségként kezelni az állapotot, hanem az életkorhoz kapcsolódó terméketlenségként kellene arra tekinteni.

Az életkorral összefüggő biológiai akadályozottság vagy nehezítettség mellett vannak olyan egészségügyi okok vagy betegségek, amelyek meddő állapotot hoznak létre vagy növelik annak esélyét, akár már fiatalon is.

Az egészségügyi okok egyik csoportja, amikor a reprodukív szervek érintettsége idézi elő a meddőséget. Nők esetén a petefészkek, a petevezetékek és a méh megfelelő működése elengedhetetlen a megtermékenyüléshez, ezek diszfunkciója egyértelmű kapcsolatot mutat a meddőséggel vagy a nehezített megtermékenyüléssel (Sahana Devi–Yendapalli 2022). A reprodukcióban részt vevő nemi szervek működési zavara a

férfiak esetén is meddőséget okozhat (Eisenberg et al. 2023). Más betegségek, például az endokrin rendszer diszfunkciója (Sengupta et al. 2022; Concepción-Zavaleta et al. 2023), a daganatos betegségek vagy azok kezelése (Di Tucci et al. 2022), az anyagcserebetegségek (Mulder et al. 2020; Lotti et al. 2021; Service et al. 2023) is gyakorta eredményezhetnek terméketlenséget mind a nők, mind a férfiak esetében. Az egészség állapotromlása mellett az érintettek termékenységre hatással lehet az életmódjuk, így a krónikus stressz (Gleason–Drew–Jones 2020), a különböző függőségek (Alghobary–Mostafa 2022; Ciešlik et al. 2023), illetve a szennyezett környezet (Choudhuri et al. 2021; Manouchehri et al. 2022) is. A termékenységi nehézséggel küzdő párok 20–30%-ában a női, 20–30%-ában a férfi részéről áll fenn egészségügyi nehezítettség a meddőség hátterében. Nagyjából ugyanilyen arányban, az összes eset 20–30%-ában mindkét félnél felmerül valamilyen egészségügyi ok. A fennmaradó esetek az úgynevezett nem megmagyarázható meddőség kategóriájába esnek.⁵

A legtöbb kutatás és szakmai összefoglaló a WHO definíciója⁶ szerint azonosítja a meddőségben érintetteket (Pápay 2017). Lengyel és Danis (2025) ezzel kapcsolatban arra hívták fel a figyelmet, hogy ez a fogalom meghatározás a medikális megközelítést helyezi előtérbe. A meddőség csupán orvosi vagy funkcionális megközelítése figyelmen kívül hagyja az állapot társas, társadalmi és intrapszichés vonatkozások együttes szemléletének fontosságát. A továbbiakban a meddőség biopszichoszociális meghatározását vesszük a téma alapjául, ahol: „A meddőség olyan, termékeny korban lévő, explicit gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve tartó (35 éven felüliek esetében hat hónapja), fogamzásgátlásmentes nemi élet ellenére sem következik be a kívánt terhesség, illetve a terhesség nem végződik élveszüléssel. Ez az időben elhúzódó működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas színtereken egyaránt kifejti hatását, s ennek értelmében csak biopszichoszociális kontextusban értelmezhető” (Pápay 2017: 206). A meddőségben érintettek helyzetének megértése, a döntéseiket befolyásoló egyéni, társas és társadalmi preferenciák és hatások interdiszciplináris szemléletű feltárása a területen dolgozó szakembereket abban segítik, hogy az adott egyén vagy pár szükségleteinek leginkább megfelelő döntéshozatalt tudják támogatni.

A gyermekvállalás társas és társadalmi akadályai

Mint azt már említettük, a halasztott gyermekvállalás hátterében igen gyakran az egyének párválasztási, pártalálási nehezítettsége áll, és az egyedülálló nőknek nehezebb elköteleződni a gyermekvállalás mellett, mint a párkapcsolatban élőknek. Egyelőre kis létszámú, de egyre növekvő az a (főként női) csoport, akik a saját termékenységük végességének tudatában úgy döntenek, hogy egyedülállóként is meg szeretnék valósítani gyermekvállalási vágyaikat (Hegedűs 2021). A jelenlegi magyarországi szabályozás korlátozottan, de lehetővé teszi számukra a gyermekvállalás hivatalos útjait. Egy egyedülálló nő akkor jogosult részt venni az asszisztált reprodukciós ellátásban, ha a meddőség ténye vagy az életkorából fakadóan annak veszélyeztetettsége áll fenn, amit két, független szakorvosi vélemény támaszt alá. Az, hogy a reprodukciós kor végének fenyegetettsége pontosan mit jelent és milyen szempontok alapján dönthetnek erről az orvosok, arról az egész-

5 https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/UI/UI-guideline_-Final.pdf

6 „A meddőség (infertilitás) a női vagy férfi reprodukzív rendszer olyan betegsége, amely a legalább 12 hónapja, rendszeres, védekezés nélküli szexuális együttlétek ellenére nem következik be várandósság.” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

ségügyi törvény nem rendelkezik.⁷ Amennyiben valaki inkább örökbefogadással válna egyedülálló szülővé, megkülönböztetéssel kell szembenéznie. 2020 ősze óta az egyedülálló kérelmezők hátrányban vannak a házasságban élőkkel szemben az örökbefogadási eljárásban. Egy örökbefogadható gyermek esetében kizárólag abban az esetben merül fel, hogy egyedülálló fogadja örökbe, ha országosan nem találnak olyan házaspárt, aki vállalja a gyermek örökbefogadását. Emiatt szinte kizárólag a háromévesnél idősebb roma vagy roma kinézetű gyermek örökbefogadására van esélyük.⁸ Ráadásul miniszteri hozzájáruláshoz kötött a szükséges alkalmassági igazolás kiállítása (Sipos–Szalma 2023).

Magyarországon az egyedülálló nehezített gyermekvállalási lehetőségeihez képest az azonosnemű párok, illetve az LMBTQI⁹ közösség tagjai teljesen kirekesztődnek a hivatalos gyermekvállalás lehetőségei közül. Az Alaptörvény értelmében az azonos nemű szülőpárok és az általuk nevelt gyermekek nem számítanak családnak. A bejegyzett élettársi kapcsolat, mint az azonos nemű párok számára elérhető hivatalos jogi forma, pont azokat a jogokat vonja meg a pároktól, amelyek a közös szülőség jogi feltételeit biztosítanák (Háttér Társaság 2017). Mindezek ellenére a 2022-es népszámlálás adatai szerint a korábbiakhoz képest jóval több, 2183 pár nyilatkozott arról, hogy azonos nemű párként nevelnek gyermeket a családjukban.¹⁰

AZ ALTERNATÍV GYERMEKVÁLLALÁS LEHETSÉGES ÚTJAI

A tanulmányunk kibontásának elején hosszabb szakaszt szántunk a gyermektelenség témakörének: milyen háttér folyamatok vagy egymást követő döntési pontok, vagy élethelyzeti változások vezethetnek az állapot állandósulásához. A következőkben e kérdéskör egy másik aspektusát vizsgáljuk meg: milyen döntéseket kell meghozniuk azoknak az egyéneknek vagy pároknak, akik elindulnak a gyermekvállalás alternatív útjain. Attól függően, hogy mi áll a gyermektelenség hátterében, változnak a megvalósítás lehetőségei. Más utat jár be például az, akinek a meddőségi diagnózisa valamilyen egészségügyi állapotot tárt fel, és teljesen mást az az egyedülálló nő, aki termékenységi időszakának vége felé közeledik.

A gyermekvállalási szándék beteljesítésének vágya mögött húzódó motivációk és hatások rendszerezhetők a humánökológiai modell szerint (Hashemzadeh et al. 2021, Ezdi et al. 2024, Lengyel–Danis 2025). Feltárhatók az egyén individuális és intrapszichés jellemzői, mikro- és mezoszinten vizsgálható a párkapcsolat motivációs bázisa, a kortárs közeg és a családtagok befolyásoló szerepe, valamint exo- és makroszinten a különböző intézményi, társadalmi és kulturális mozgatórugók. Jelen tanulmányunknak nem célja ezek részletes feltárása, mindamellett – a lehetséges utak közötti választás mélyebb megértése érdekében – röviden bemutatjuk ezek néhány aspektusát.

A meddőség sajátos veszteségélménnyel párosul (Szigeti–Konkolj Thege 2012), ami különbözik a más területen megélt gyász folyamatoktól: egyfajta állandósult hiányérzetként jelenik meg, ami egyszerre jelenti a jelenbeli identitás válságát, a jövőkép elvesztésének lehetőségét, a remény és a reménytelenség érzésének folyamatosan változó állapotát. Felvetődik kérdésként, hogy az egyén máshoz nem hasonlítható, tartós szenvedést okozó veszteségélménye a gyermektelensége okán honnan táplálkozik.

7 „Egyedülálló nő esetében a reprodukciós eljárás akkor végezhető el, ha a nő életkora vagy egészségi állapota (meddőség) következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat” (1997. évi CLIV tv. 167.§ [4]).

8 <https://orokbe.hu/2023/01/18/orokbefogadas-egyedul-2023-ban/>. [Letöltve: 2025-06-09].

9 LMBTQI: gyűjtőfogalom a nem cisznemű identitású és a nem heteroszexuális irányultságú emberek összességére. L – lesbikus, M – meleg, B – biszexuális, T – transznemű, Q – queer, I – interszexuális.

10 <https://rtl.hu/belfold/2024/01/10/szivarvanycsaladok-magyarorszagon-statisztika>

Az evolúciós magyarázat a genetikai állomány megőrzése és továbbadása felől közelít. Ezt hosszú időn keresztül megerősítette az a gazdasági-kulturális hajtóerő, amely a szülők számára örökösöket és a jövő biztonságát jelentette (Kirkman-Brown–Martins 2020). Bár a családi leszármazás gazdasági mozgatórugói általánosságban kevésbé jelentősek manapság, kulturálisan ma is nagyraértékelt a szülőség és a család intézménye (Segers–Pennings–Mertes 2019).

A gyermektelenség és annak megszüntetése túllépi az egyéni döntések határait (Szekulesz 2022, De Clercq et al. 2023). A családalapítási vágygal rendelkezők belső, evolúciósan meghatározott igényét a genetikai utódlás irányába megerősítik azok a társadalmi és politikai ösztönzők, amelyeknek célja a megszületett gyermekek számának növelése. A csökkenő gyermekszám ugyanis a legtöbb országban hatással van olyan társadalmi és közgazdasági jellemzőkre, mint a gazdasági növekedés vagy a jóléti ellátórendszer. A gyermekvállalással együtt járó anyagi kedvezmények, a termékenységtudatossággal kapcsolatos kampányok, a politikai kommunikáció a mielőbbi gyermekvállalás irányába kívánnak hatást gyakorolni (De Clercq et al. 2023). Az állami beavatkozás a gyermekekre vágyó párok gyermekvállalási szándékainak támogatása terén megjelenik Magyarországon is az asszisztált reprodukció központosításával, a beavatkozások és a gyógyszerek ingyenessé tételével (Szekulesz 2022, Sipos–Szalma 2023). Az Európai Unió területén az ellátások ingyenessége vagy támogatottsága nem egységes (Serour–Serour 2021), de jól felismerhető a törekvés a magasabb fokú elérhetőség megteremtésére.

Eltérő mértékben, de mind magyar, mind nemzetközi szinten megfigyelhető, hogy a kedvezményeket biztosító hatalom meg kívánja határozni, hogy mely társadalmi csoportok számára kívánja előnyössé tenni az alternatív gyermekvállalási utak elérhetőségét (Segers–Pennings–Mertes 2019, Szekulesz 2022, De Clercq et al. 2023, Sipos–Szalma 2023), a szakirodalom ezt hívja szelektív pronatalizmusnak (Szalma–Sipos 2024).

A genetikai/biológiai leszármazás elsődlegessége

A meddőség olyan sajátos egészségügyi állapot, amely önmagában nem okoz tüneteket (Deninotti et al. 2023), nagyrészt a gyermekvállalási szándék be nem teljesülésekor tudatosul. Az asszisztált reprodukciós eljárások megjelenése előtt a meddőségre a legtöbb kultúrában úgy tekintettek, mint egy felsőbb isteni hatalom által kirótt büntetésre (Bauer 2022). Ez a hitrendszer az állapottal való megküzdés lehetőségét is biztosította az érintettek számára (Bell–Hetterly 2014) olyan módon, hogy segítette annak elfogadását, valamint a nem genetikai utód örökbefogadását (Bell 2019). A lombikeljárások megjelenésének és elterjedésének egyik következménye, hogy a terméketlenség kérdésköre nagy mértékben medikalizálódott (Szekulesz 2022, Lengyel–Danis 2025). A problémafelvetés a hitrendszeri megközelítéstől a betegség-egészség kérdésköre felé tolódott el. A korábbi időszakokhoz képest sokkal nagyobb fókusz helyeződött az állapot megszüntetésének lehetőségeire. A medikalizált térbe való eltolódás következményeként az egyén számára lehetővé és elérhetővé váltak az egészségügyi beavatkozással járó, az állapotot megszüntetni hivatott eljárások. Ennek hatására az ellátórendszer olyan új szereplőket léptet be az érintettek döntési és ellátási folyamataiba, akik az asszisztált reprodukció előtti időszakokban nem vettek részt a gyermekvállalási döntésekben (Szekulesz 2022, Bauer 2022).

A szülőség megélésével kapcsolatos olyan elvárások, mint a fogantatás pillanatától történő közösség a gyermekkel, a szülők és a gyermek külső és belső tulajdonságok szerinti hasonlósága, a kontroll érzése afelel, hogy mi történik a várandósság alatt, valamint a megélt közelség a legfőbb motiváló erők, amelyek az or-

vosi beavatkozás általi gyermekvállalás iránya felé mozdítják el a nehézséggel küzdőket (Bell 2019, Szekulesz 2022). Az egyének és párok belső motivációira erősít rá az, hogy a szülőség társadalmi és kulturális konfliktumai is a genetikai-biológiai szülőséget részesíti előnyben. Ezzel tulajdonképpen ki is jelöli az érintettek számára az ideális utat (Segers–Pennings–Mertes 2019, De Clercq et al. 2023).

Az asszisztált reprodukciós beavatkozások

A gyermekre vágyók, de – eltérő okok miatt – azt természetes úton megvalósítani nem tudók számára az asszisztált reprodukciós beavatkozások kínálják a legkézenfekvőbbnek tűnő megoldást. Ennek hátterében az előbb említett két fontos tényező áll. Egyrészt a meddőség medikalizált, betegséggé történő felfogása már előfeltételezi, hogy a megoldást is az egészségügy terén szükséges keresni, orvostechinikai válasszal lehet felépíteni az állapot megszüntetésére. Másrészt a genetikai leszármazás is a lombik eljárások útján érvényesíthető.

Az optimizmus magasabb fokú a beavatkozások sikerével kapcsolatban, mint amit a kutatási adatok alátámasztanak. A beavatkozások száma a világ minden részén növekvő tendenciát mutat, sikerük, amit az elvesszülések arányában számolnak, azonban viszonylag stabilan 30% körüli értéket mutat a technikai fejlődés ellenére is (Adamson et al. 2022, Aderaldo et al. 2023). Ennek egyik magyarázata, hogy a beavatkozások sikerének aránya ugyanúgy csökken az életkor előrehaladtával, mint a természetes megfogantatás (Flynn–Senstock 2023), és jellemző tendencia, hogy inkább a női fertilitási időszak második felében, 35 éves kor felett kerülnek a nők az ellátásba (Passet–Wittig–Bujard 2021). Világviszonylatban 2011-ben a beavatkozások közel negyedében (24%) negyven év feletti nők vettek részt (Adamson et al. 2022), ez az arány azóta csak növekszik (Passet–Wittig–Greil 2021).

Az egészségügyben az idősebb, negyvenéves kor feletti anyák eleve a magas kockázatú várandósok körébe kerülnek, kizárólag az életkoruk miatt. Ennek azonban olyan következménye lehet, hogy ezek az édesanyák jobban aggódnak a saját és gyermekük egészsége miatt, mint fiatalabb társaik. Az idősebb anyákra való sajátos odafigyelés fokozott szorongást ébreszthet bennük, negatív irányba tolva el a várandósság és a szülés időszakának megéléseit (De Clercq et al. 2023).

A genetikai rokonság megteremtése orvosilag asszisztált reprodukciós eljárásokkal eltérő előnyökkel jár a reprodukciós téma különböző szereplői számára, miközben a kevésbé invazív megoldások, mint például az örökbefogadás, kisebb egészségügyi kockázatot rejtethet akár a leendő szülők vagy az utód számára (Segers–Pennings–Mertes 2019, Szekulesz 2022). Az asszisztált reprodukció bizonyos formái, egy adott országban tiltottak, míg egy másikban engedélyezettek. Magyarországon például nem engedélyezett a petesejt-donáció és a béranyaság. Ilyen esetekben az eljárások globális szinten piacgazdasági kérdéseket is felvetnek (Strickland–Ratten 2023). A konzervatív beállítódású állami hatalom számára a migráció ellenében a saját erőforrásokra támaszkodó nemzeti megerősödés lehetőségét rejti magában (Szekulesz 2022). Az ellátó centrumok és a gyógyszergyártó cégek számára gazdasági és fejlesztési, innovációs szempontú előnyökkel jár a rendszer fenntartása (Hodson–Bewley 2019, Szekulesz 2022).

A genetikai leszármazás lehetőségének megteremtése nem csak az állami, egészségügyi költségek tekintetében magas. Az egyének és a párok számára országonként eltérő mértékű a költségtérítés. Még Magyarországon is, ahol az alap protokolleljárások és gyógyszerek szabályozott keretek között ingyenesen hozzáférhetőek, a kiegészítő vizsgálatok és kezelések már térítéskötelesek. Az eljárásokban való részvétel nem csak anyagi terhet ró a meddőségi ellátásban lévőkre. A genetikailag rokon gyermek iránti vágy már önmagában szenvedést okoz (Segers–Pennings–Mertes 2019). A meddőségi kezelések folyamatában való részvétel során

a nők arról a szubjektív megélésről számoltak be, hogy a kezeléseikért cserébe önfeláldozónak szükséges lenniük, sőt, akár a párkapcsolatuk minőségét, a társas kapcsolataikat vagy akár a munkájukat is készek kockáztatni (Langher et al. 2019). Az ilyen mértékű kockázatvállalás nem csak a kezelésben részt vevőkre, hanem az őket ellátó egészségügyi személyzetre is nagy terhet helyez (Langher et al. 2019), hiszen a befektetésért cserébe minden irányból (a finanszírozó és az ellátott oldaláról is) az egészséges utód az elvárás (De Clercq et al. 2023).

Magyarországon a meddőségi kezelések szabályozása előnyben részesíti a házasságban élők vagy legalábbis a különműveletű élettársak részvételét az ellátásban. A korábban már említett módon az egyedülállóak számára korlátozottan, de hozzáférhető, míg az azonos nemű (leszbikus) párok számára hivatalosan teljesen elérhetetlen a kezelésekből való részvétel. Körülbekerül éppen ezért előnyös a párkapcsolat hivatalos formájának, a bejegyzett élettársi kapcsolatnak az elutasítása, mert akkor egyedülállóként, a szabályok megkerülésével még esélyük lehet a saját gyermek vállalására a magyarországi ellátás keretén belül is (Háttér Társaság 2017, Szalma–Sipos 2024).

Az ART speciális esete: a donorsejtes ART

Amennyiben a szülők lehetőségei korlátozottak a velük genetikailag is kapcsolatban lévő gyermek megfogására, már léteznek olyan alternatív megoldások, amelyek révén a biológiai kapcsolat mégis létrejöhet. Korlátozó ok lehet például nők esetén a korai petefészek-kimerülés mint egészségügyi állapot, de ugyanehhez a megoldáshoz vezethet az azonos nemű (leszbikus) párkapcsolat, ahol biológiai nincs lehetőség a közös genetikai utódra. Ezekben az esetekben jelent megoldást a donorsejtek használata a lombikeljáráások során. Világszerte ennek társadalmi elfogadottsága még nem annyira széles körben elterjedt, mint a sajátsejtes-lombikeljáráásoké (Demissei et al. 2024). Attól függően, hogy a nő vagy a férfi részéről, esetleg mindkettőjükénél fennáll-e a termékenységet akadályozó tényező, választanak a petesejt- és/vagy a spermadonáció között. Amikor mindkét ivarsejt adományozott, olyankor embriódonációról beszélünk (Gasztonyi–Pálfi 2024). Az asszisztált reprodukciós eljárások ezen fajtái megkérdőjelezzik – vagy más megközelítés szerint – bővítik a szülőséggel kapcsolatos hagyományos elképzeléseket: a genetikai szülő személyében és szerepében elkülönül a gondoskodást nyújtó, nevelő szülőtől. Ez a jelenség épp a „vérvonal” (vagyis a genetikai leszármazás) elsődlegességét kérdőjelezi meg (Sarma 2024).

Országoként eltérőek a szabályozások, hogy anonim vagy beazonosítható donorként lehet-e adományozni. Magyarországon petesejt adományozható anonim módon akkor, ha az adományozó 35 évnél fiatalabb és már legalább egy gyermeke született. Ezen kívül történhet célzottan közeli hozzátartozó (testvér részére nem, de unokatestvér, oldalági rokon, testvér házastársa vagy más közeli hozzátartozó) számára. Ez utóbbi esetben a donor és a recipiens ismeri egymást. Hazánkban elterjedtebb az anonim donáció igénybevétele (Gasztonyi–Pálfi 2024). A donorsejtes gyermekvállalás szélesebb körben történő elterjedése kapcsán előkerültek a donorfogant emberek szükségleteivel és jogaival foglalkozó kérdések, kutatások is. Ennek hatására egyes országokban már nagyobb érdeklődés mutatkozik afelé, hogy az utód nagykorúvá válásakor megismerhesse akár a donorszemélyt, akár a donortestvéreit (Goedeke 2025).

Az egyedülálló nők számára csak a spermadonáció adhat megoldást a biológiai anyaság megvalósítására. Magyarországon a szabályozás kizárólag anonim donorspermával történő megtermékenyítést biztosít a számukra. Azokban az országokban, ahol elfogadott a leszbikus nők asszisztált reprodukcióval történő gyermekvállalása, ugyancsak a donorspermával történő gyermekvállalás a lehetséges út. Magyarországon a fo-

lyamatba egyedülállóként jelentkezve részesülhetnek állami támogatott ellátásban az azonos nemű párok tagjai. Azok számára, akik az állami ellátásban éppen emiatt nem szeretnének részt venni, léteznek alternatív megoldások. Az egyik lehetőség a külföldi ellátóhelyek igénybevétele. Vannak olyan ellátóhelyek, ahol a genetikai és biológiai közös szülőség egy sajátos formáját is támogatják: amikor a női pár egyik tagjának megtermékenyült petesejtjéből alakult embriót a pár másik nőtagjának méhébe ültetnek be (Lengyel 2021). Fontos azonban megemlíteni, hogy hiába vannak olyan országok, ahol nők azonos nemű párként vehetnek részt az ellátásban, a magyar jogrendszer szabályozása miatt továbbra sem lehetnek egyenlő jogú szülő társai a gyermeknek. A másik megoldás lehet az úgynevezett házi inszemináció, amikor a donorral magán megálapodásban, otthoni körülmények között történik a mesterséges megtermékenyítés. Ez több szempontból is problematikus: amellet, hogy ez büntetőjogi értelemben az emberi test tiltott felhasználásának tekintendő,¹¹ a donor esetében nem feltétlenül történnek meg megelőző vizsgálatok, illetve a spermadonor bármikor dönthet úgy, hogy élni szeretne apai jogaival (Háttér Társaság 2017).

Amikor a kihordó anya más: a béranyaság és a dajkaanyaság

Léteznek olyan családi helyzetek, amikor a gyermek saját testben történő kihordásának képtelensége áll fenn: ilyen egyfelől az azonos nemű férfipárok esete, másfelől megtörténhet, hogy a gyermekre vágyó pár nő tagja nem tudja kihordani a gyermeket. Ilyenkor merül fel annak a lehetősége, hogy egy másik női test fogadja be és hordja ki a magzatot a megszületésig. Ilyenkor a kívánságszülők (Navratyil 2017:103) születendő gyermekét (aki lehet akár a szülőpárnak teljes genetikai utóda vagy lehet donorsejtes megtermékenyítésből származó is) egy erre felkért bér- vagy dajkaanya méhébe ültetik. Az előbbi szóhasználat arra utal, amikor ezért a vállalásáért fizetséget kap, az utóbbi esetben ezt önkéntesen vállalja vagy a költségeit térítik csak meg (Navratyil 2017). Ma Magyarországon a jogszabályi keretek semmilyen módon nem teszik lehetővé a szülővé válás ezen formáját, azt a nőt tekinti a szabályozás anyának, aki a gyermeket a világra hozza (Háttér Társaság 2017). Hazánkban a meleg férfipárok többnyire az örökbefogadás útját választják, de magán megálapodásban megtörténhet, hogy egy erre felkért nő egy meleg férfi(pár) gyermekét méhében kihordja, majd megszüli (Háttér Társaság 2017).

Az örökbefogadás

Az előző részben többször említettük, hogy mind evolúciós, mind társadalmi motivációs indokokat fel lehet fedezni a genetikai leszármazás prioritása hátterében. Nem csak Magyarországon megfigyelhető tendencia, hogy meddőség esetén az örökbefogadás az esetek nagy részében csak akkor kerül elő mint megoldási lehetőség, amikor a biológiai/genetikai szülőséggel kapcsolatos remények teljesen veszni látszanak (Bátki 2021, De Clercq et al. 2023, Mészáros–Kiss 2024). Egészen ritka, amikor egy pár párhuzamosan köteleződik el két-féle folyamat irányába: próbálkoznak a lombikeljárással és résztvesznek az örökbefogadás előkészítésében. Bár mindkét út valós lehetőség a szülőség megtapasztalására, annyira más belső folyamatokat és erőforrást igényelnek, hogy e párhuzamosság az érintettek körében kevésbé elterjedt gyakorlat. A lombikeljárás során nagyon sok figyelem irányul arra, hogy milyen tevékenységeket kell szigorú, az egészségügy által meghatározott, szabályozott rend szerint – akár a saját fizikai jóllét kárára – a biológiai szülőség érdekében végrehajtani. Az örökbefogadásra való felkészülésben viszont épp az a szükséges belső folyamat, hogy a biológiai szülőség elsőbbségét a leendő szülők el tudják engedni, és nyitottan tudják fogadni a hozzájuk érkező gyermeket (Mészáros–Kiss 2024). Mindeközben a kutatások azt mutatják, hogy azok a gyermekekre vágyók, akik számára leg-

¹¹ 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.), 175. §

alább valamennyire elképzelhető a gyermekvállalás örökbefogadás útján vagy a végleges gyermektelenség, kisebb stresszt élnek meg az asszisztált reprodukciós beavatkozások folyamatában (Passet-Wittig–Schneider 2020).

Az örökbefogadás útján történő gyermekvállalás sajátossága, hogy annak egyszerre része a szülő-gyermek kapcsolat megszüntetése és újraalapítása (Bátki 2021). Az első jelenti a vérszerinti szülőktől való elszakadást, a második az örökbefogadó családba történő megérkezést. E két folyamat történhet időben egészen közel és távol egymástól.

Nyílt örökbefogadás esetén a vér szerinti és az örökbefogadó szülők ismerik egymást. Nem ritka, hogy már a várandósság időszakában találkoznak, az örökbefogadók a gyermek születésekor jelen lehetnek, újszülöttkortól a gondozásban részt vehetnek. Az örökbefogadásnak ez a módja lehetőséget teremt az örökbeadó számára, hogy aktívan alakíthassa gyermeke jövőjét azáltal, hogy kiválasztja a jövőbeni szüleit. Másrésről az örökbefogadók megismerhetik a vér szerinti anyát, motivációit, helyzetét. A nyílt örökbefogadás leggyakrabban, de nem kizárólagosan újszülöttek örökbeadásakor valósul meg. Ebben az esetben a megszületést követő hat hétben az életet adó anyának lehetősége van meggondolnia magát, visszavonhatja a nyilatkozatát. A családon belüli, rokoni vagy házastársi örökbefogadás is nyílt örökbefogadásnak számít (Bátki 2021, Mészáros–Kiss 2024). A nyílt örökbefogadás történhet a gyermekvédelmi szakszolgálatokon és nonprofit szervezeteken keresztül.

Idősebb gyermekeknél jóval gyakoribb a titkos örökbefogadás, amikor a felek nem ismerik egymást. Ebben az esetben a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek keresnek a gyermek számára megfelelő családot (és nem fordítva). 2026-tól a területileg korlátozott, megyei listák helyett azonnal országosan keresnek majd örökbefogadó családot a befogadható gyermek számára. Nagyon változatos, hogy milyen utat járnak be az örökbefogadható gyermekek. Van, akik évekig származási családjukban nevelkednek, mások hamarabb kikerülnek onnan, vagy akár haza sem viszik őket a megszületésük után. Ilyenkor a gyermekek akár hosszabb időt is eltölthetnek saját családon kívül: állami gondoskodásban lakóotthonokban vagy nevelőszülőknél (Bogár 2016, Mészáros–Kiss 2024).

Bátki (2021) az örökbefogadásról szóló összefoglaló tanulmányában hangsúlyozta, hogy az örökbefogadás során egy triád érintett: a vér szerinti szülő(k), az örökbefogadó szülők és az örökbefogadott gyermek. Ebben a háromszögben minden résztvevőnek sajátos veszteségekkel kell megküzdeniük, miközben mindannyian nehezített helyzetben vannak a társadalmi megítélés szempontjából. Sztereotípiák élnek a laikusok és gyakran a szakemberek körében is: a gyermekéről lemondó szülőt gyakran felelőtlennek tartják, a gyermeket problémásabbnak gondolják biológiai szülőkkal nevelkedő társainál, az örökbefogadó szülőt pedig gyakran sajnálat övezi, amiért nem születhetett „saját” gyermeke.

Akárcsak az asszisztált reprodukciós eljárások esetén, az örökbefogadás jogi szabályozása sem biztosít egyforma feltételeket és lehetőségeket az eltérő okból jelentkezők számára (Bátki 2021, Mészáros–Kiss 2024). Az örökbefogadásban abszolút előnyt élveznek a házasságban élő heteroszexuális párok. Egyedülállóak ugyan jelentkezhetnek örökbefogadásra, de a szabályozás szerint csak akkor van lehetőségük gyermeket örökbe fogadni, ha egy gyermek számára országos szinten nem találnak megfelelő házaspárt. A várakozási időszak minimális hossza, amíg egy gyermek számára először házaspár örökbefogadót próbálnak találni, szabályozott, de nagyon kevés elérhető adat lelhető fel a gyakorlattal kapcsolatban. Ennek következtében általában az egyedülállók vállalják a valamilyen nehezítettséggel élő: fogyatékos, krónikus betegséggel élő

vagy roma származású, idősebb gyermekek családba fogadását (Bátki 2021). Azonos nemű pár esetén, mivel a házasság intézménye nem áll rendelkezésre a számukra, a pár egyik tagja egyedülállóként jelentkezhet örökbefogadásra. Ilyenkor a pár másik tagjának nincs lehetősége a szülői jogokat gyakorolni.

Az átmeneti szülőség – a nevelőszülői családok

Témánk szempontjából a nevelőszülőség kivételnek tekinthető amiatt, mert nem számít a gyermekre vágyó egyének vagy párok számára a szülőség teljes mértékű, végleges megvalósulásának. A nevelőszülők a gyermekvédelmi rendszer részeként gondoskodnak azokról a gyermekekről, akiket átmenetileg kiemeltek vér szerinti családjukból, vagy még nem történt meg az örökbeadásuk. Ebből a szempontból az átmenetiség a fentebb tárgyalt szülőszerepekhez képest a legnagyobb különbség. A nevelőszülőnél lévő gyermek a körülmények megfelelő alakulása esetén visszatérhet vér szerinti családjába, vagy ha ennek véglegesen megszűnik a lehetősége, akkor örökbefogadó családdhoz kerülhet. Jogi értelemben a gyermek nem válik a család tagjává. A gyermekről való gondoskodás szempontjából viszont nem sokban különbözik a vér szerinti vagy az örökbefogadott gyermek gondozásától: a gyermek szeretetteli nevelése, a testi és lelki biztonságának megteremtése ugyanúgy feladata a nevelőszülőknek, mint a más szülői pozícióban lévő társaké (M. Ribiczey 2021).

Bár a nem szándékolt gyermektelenség esetén a nevelőszülőség nem az előnyben részesített megoldási út a gyermeknevelés megvalósítására, időnként lehetőséget biztosít arra, hogy a szülők számára átmeneti időszakra biztosítsa a gyermek jelenlétét vagy a gyermekszám növekedését a családon belül (Gouveia–Magalhães–Pinto 2021).

ÖSSZEGÉS

A gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás kérdéskörének társadalmi szintű megértéséhez nem elegendők pusztán a demográfiai adatok. Az egyéni életutak, a társas kapcsolatok, a társadalmi struktúrák, a történelmi korszak és a kultúra metszéspontjában formálódó, dinamikusan változó valóság megértése összetett megközelítést kíván. A választás lehetősége és a választási kényszerek közötti folyamatos mozgás jellemzi azokat az egyéneket és párokat, akiknek élethelyzete valamilyen formában összekapcsolódik a nehezített gyermekvállalással.

Ahogy tanulmányunk rámutatott, a reprodukív döntések soha nem tisztán egyéniek. A biológiai adottságok, a társas elvárások, a jogi szabályozások és a kulturális narratívák együttese alakítják a lehetőségeket. A döntési pontok gyakran nem is egyetlen pillanatra koncentrálódnak, hanem hosszú időszakokat átszövő mérlegelések, kompromisszumok és alkalmazkodási folyamatok eredményei. Egy-egy döntés, amely egy adott időpontban racionálisnak tűnik, később új megvilágításba kerülhet, ahogyan az egyéni élethelyzet és társadalmi környezet változik.

A gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás különféle formái nem csupán egyéni élethelyzetek vagy elszigetelt sorsok, hanem érvényes, sokszor kimondatlan, mégis létező társadalmi valóságot képviselnek. Az állami-társadalmi szempontból elvárt gyermektelenség valósága a társadalom bizonyos rétegei – például az azonos nemű párok – számára a mindennapok szintjén jelen van. A hivatalos diskurzus – legyen szó politikai retorikáról, jogszabályi környezetről vagy intézményi gyakorlatról – nem mindig ismeri el vagy vállalja fel az e csoportokba tartozók családalapítási törekvéseit. Az ebből fakadó láthatatlanság és rejtőzködés nemcsak jogi és strukturális következményekkel jár, hanem a beszédmódot is szűkíti: megnehezíti, hogy

az érintettek elmondhassák saját történeteiket, és ezzel helyet találjanak maguknak és saját családi formációjuknak a nyilvános térben. Másrésztől gyermekvállalási nehézségeikben sokszor magukra maradnak, elszigetelődnek, a lehetőségeik pedig vagy a komoly anyagi terhet jelentő külföldi ellátóhelyek irányába tolják őket, vagy a biztonságos lehetőségektől megfosztva, a szabályozott lehetőségeket megkerülve keresnek megoldást gyermekvállalási szándékaik beteljesítésére.

Annak lehetősége, hogy a személyes utak egy-egy társadalmi kontextusban felvállalhatóvá váljanak, nem csupán az egyéni feldolgozást támogatja, hanem a társadalmi párbeszéd nyitottabbá válásának is kulcsfeltevéte. Annak felismerése, hogy minden érintett saját történetét hordozza – különböző kiindulópontokkal, célokkal és akadályokkal –, alapvető előfeltétele annak, hogy a reprodukcióval kapcsolatos társadalmi és szakmai diskurzusok valóban reflektáljanak a valóság sokszínűségére.

A narratív irodalmi összefoglaló alapján kirajzolódik, hogy a gyermektelenség és a nehezített gyermekvállalás vizsgálata számos további kutatási lehetőséget kínál. A nemzetközi szakirodalomban ígéretes irány a demográfiai tendenciák globális hasonlóságait alakító tényezők feltárása, valamint a reprodukcióhoz kapcsolódó döntések kulturális és normatív beágyazottságának vizsgálata, különös tekintettel az egyéni autonómia és a társadalmi elvárások közötti kölcsönhatásokra. A gyermekvállalással kapcsolatos döntések állandósága vagy éppen változékonysága longitudinális vizsgálatokban követhető nyomon, míg a vállalt vagy elmaradt gyermekvállalás miatti megbánás viszonylag új, részleteiben még feltáratlan kutatási terület. Társadalmi szempontból különösen fontos lesz a gyermek nélküli idők kapcsolati hálózatának és támogató közegeinek, illetve a gyermekek és unokák nélküli öregedés folyamatának megismerése.

Mind nemzetközi, mind magyar kontextusban további feltárási lehetőséget jelentenek a férfiak gyermektelenséggel kapcsolatos tapasztalatainak vizsgálata, a párkapcsolati döntési folyamatok, valamint az egyének és a párok intézményi rendszerekkel való interakcióinak elemzése.

Kiemelt jelentőségű lenne a meddőség vizsgálata a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű, marginalizált vagy leszakadó társadalmi csoportok körében, különös tekintettel az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésre, a folyamatba való bekerülés és bent maradás akadályaira, valamint a meddőséggel kapcsolatos attitűdök alakulására. Érdemes volna továbbá vizsgálni, miként alakul a családpolitikai ösztönzők következtében vállalt gyermekeket nevelő családok életútja és jólléte.

Ezek a kutatási irányok hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a reprodukív döntéseket a társadalmi részvétel, a nemi szerepek és az intézményi egyenlőtlenségek összefüggésrendszerében értsük meg, és elősegítsék a téma továbbgondolását mind hazai, mind nemzetközi szinten.

HIVATKOZÁSOK

- Adamson, G. D. – Zegers-Hochschild, F. – Chambers, G. – de Mouzon, J. – Ishihara, O. – Banker, M. – Jwa, S. – Elgindy, E. – Baker, V. (2022) International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: *World Report on Assisted Reproductive Technology*, 2018.
- Aderaldo, J. F. – Albuquerque, B. H. D. R. de – Oliveira, M. T. F. C. de – Torres, M. de M. G. – Lanza, D. C. F. (2023) Main topics in assisted reproductive market: A scoping review. *PLOS ONE*, 18(8), e0284099. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0284099>.
- Aitken, R. J. (2024) The Global Decline in Human Fertility: The Post-Transition Trap Hypothesis. *Life*, 14(3), 369. <http://dx.doi.org/10.3390/life14030369>.
- Albertini, M. – Brini, E. (2021) I've changed my mind. The intentions to be childless, their stability and realisation. *European Societies*, 23(1), 119–160. <http://dx.doi.org/10.1080/14616696.2020.1764997>.
- Alghobary, M. – Mostafa, T. (2022) Addiction and human male fertility: A systematic review and a critical appraisal. *Andrology*, 10(6), 1073–1095. <http://dx.doi.org/10.1111/andr.13196>.
- Bartholomaeus, C. – Riggs, D. W. (2017) Daughters and their mothers: The reproduction of pronatalist discourses across generations. *Women's Studies International Forum*, 62, 1–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2017.02.004>.
- Bátki A. (2021) Amikor a gyerekek és szüleik egymásra találhatnak – Az örökbefogadó családok. In Bátki A. – M. Ribiczey N. (szerk.) *Családdhatározó: A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books, 295–340.
- Bátki, A. – M. Ribiczey, N. (szerk.) (2021) *Családdhatározó: A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books.
- Bátki, A. – Mészáros, K. (szerk.) (2024) *Szeretnénk, ha megszületné! – A meddőség orvosi, lélektani és társadalmi vonatkozásai*. Budapest: Oriold és Társai.
- Bauer, Z. (2022, május 13.) *Narrated Experiences of Medically Assisted Reproduction in Hungary - Infertility from a Multimethod Perspective* (PhD). Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. Elérhető: <http://phd.lib.uni-corvinus.hu/1219/> [Letöltve: 2025-06-07].
- Beaujouan, É. (2022) Late fertility intentions increase over time in Austria, but chances to have a child at later ages remain low. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 125–139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbms.2021.10.002>.
- Bell, A. V. (2019) “Trying to Have your Own First; It's What you Do”: The Relationship Between Adoption and Medicalized Infertility. *Qualitative Sociology*, 42 (3), 479–498. <http://dx.doi.org/10.1007/s11133-019-09421-3>.
- Bell, A. V. – Hetterly, E. (2014) “There's a higher power, but He gave us a free will”: Socioeconomic status and the intersection of agency and fatalism in infertility. *Social Science & Medicine*, 114, 66–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.036>.
- Bhattacharya, S. – Evers, J. L. H. – Gameiro, S. – Negri, E. – Somigliana, E. – Vercellini, P. – ... Annual Capri Workshop Grp (2019) Towards a more pragmatic and wiser approach to infertility care. *Human Reproduction*, 34(7), 1165–1172. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dez101>.
- Bogár (2016) *Az örökbefogadás lélektana*. Budapest: Ágacska Alapítvány.
- Bóné V. (2020) Gyermekvállalás a rendszerváltás idején – alul- vagy felülteljesítés az anyák biztonságérzetével és általános jóllétével összefüggésben. <http://dx.doi.org/10.14753/SE.2020.2344>.
- Cherkezkova, S. (2023) Voluntary Childlessness is Increasingly Culturally Acceptable in Developed Europe. *Население*, 41(2), 60–82.
- Choudhuri, S. – Kaur, T. – Jain, S. – Sharma, C. – Asthana, S. (2021) A review on genotoxicity in connection to infertility and cancer. *Chemico-Biological Interactions*, 345, 109531. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbi.2021.109531>.
- Cieślik, A. – Kosieradzka, K. – Kosecka, K. – Adamowicz, D. – Rudziński, P. – Jargieto, A. – Wosińska, A. (2023) Do lifestyle habits have an impact on infertility in couples? A systematic review of the topic. *Journal of Education, Health and Sport*, 26(1), 81–98. <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.26.01.009>.
- Concepción-Zavaleta, M. J. – Coronado-Arroyo, J. C. – Quiroz-Aldave, J. E. – Concepción-Urteaga, L. A. – Paz-Ibarra, J. (2023) Thyroid dysfunction and female infertility. A comprehensive review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 17(11), 102876. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2023.102876>.
- Danis, I. (2021) A változó család. In Bátki – M. Ribiczey, N. (szerk.) *Családdhatározó. A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books, 9–54.
- Dávid B. – Barna I. – Bóné V. – Hegedűs R. – Izsák É. (2016) *A rendszerváltás családtörténetei: huszonöt év Budapest árnyékában*. Budapest: L'Harmattan.

- De Clercq, E. – Martani, A. – Vulliamoz, N. – Elger, B. S. – Wangmo, T. (2023) Rethinking advanced motherhood: a new ethical narrative. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(4), 591–603. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-023-10172-w>.
- Demeter K. (2021) Az egykekérdés Kodolányi János publicisztikájában. *KRE-Dit*, (2). Elérhető: <https://www.kre-dit.hu/tanulmanyok/demeter-kata-az-egykekerdes-kodolanyi-janos-publicisztikajaban/> [Letöltve: 2025-05-25].
- Demissei, D. B. – Biratu, T. D. – Gamshe, E. N. – Deressa, A. T. (2024) Attitude towards assisted reproductive technology: acceptance of donors eggs, sperms, and embryos as treatment of human infertility: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 21(1), 10. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-024-01741-0>.
- Deninotti, J. – Le Vigouroux, S. – Gosling, C. J. – Charbonnier, E. (2023) Influence of illness representations on coping strategies and psychosocial outcomes of infertility: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 28(4), 1132–1152. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12676>.
- Di Tucci, C. – Galati, G. – Mattei, G. – Chinè, A. – Fracassi, A. – Muzii, L. (2022) Fertility after Cancer: Risks and Successes. *Cancers*, 14(10), 2500. <http://dx.doi.org/10.3390/cancers14102500>.
- Dillarstone, H. – Brown, L. J. – Flores, E. C. (2023) Climate change, mental health, and reproductive decision-making: A systematic review. *PLOS Climate*, 2(11), e0000236. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pclm.0000236>.
- Eisenberg, M. L. – Esteves, S. C. – Lamb, D. J. – Hotaling, J. M. – Giwercman, A. – Hwang, K. – Cheng, Y.-S. (2023) Male infertility. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 1–22. <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-023-00459-w>.
- ESHRE Capri Workshop Group (2010) Europe the continent with the lowest fertility. *Human Reproduction Update*, 16(6), 590–602. <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmq023>.
- Ezdi, S. – Kilpi-Jakonen, E. – Pöyliö, H. P. – Erola, J. (2024) Childbearing under different family policy schemes. *Journal of family research*, 36, 305–326.
- Flynn, S. V. – Senstock, T. B. (2023) Contemporary Issues in Couple and Marriage Therapy. In *The Couple, Marriage, and Family Practitioner*. New York: Springer, 217–258.
- Gasztonyi Á. – Pálfi A. (2024) Donáció- A harmadik út. In Bátki A. – Mészáros K. (szerk.) *Szeretnénk, ha megszületné! – A meddőség orvosi, lélektani és társadalmi vonatkozásai*. Budapest: Oriold és Társai, 387–396.
- Gleason, J. L. – Drew, L. B. – Jones, M. M. (2020) Stress, Anxiety, and Depression as Precipitants of Infertility: A Comprehensive Literature Review. *Women's Reproductive Health*, 7(3), 205–222. <http://dx.doi.org/10.1080/23293691.2020.1780397>.
- Goedeke, S. (2025) Donor Conception in the Interests of the Well-Being of Donor-Conceived Persons, and Other Parties Connected through Donor Conception—A Review. *Fertility & Reproduction*, 07(01), 16–26. <http://dx.doi.org/10.1142/S2661318225300028>.
- Gouni, O. – Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G. – Kömürcü Akik, B. – Holopainen, A. – Calleja-Agius, J. (2022) Childlessness: Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1464. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031464>.
- Gouveia, L. – Magalhães, E. – Pinto, V. S. (2021) Foster Families: A Systematic Review of Intention and Retention Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 30(11), 2766–2781. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-021-02051-w>.
- Hanák K.(szerk.) (1988) *Terhesség - szülés - születés*. Köt. 1-2, Köt. I. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet.
- Hanák K.(szerk.) (1991) *Terhesség - szülés - születés*. Köt. 1-2, Köt. II. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet.
- Hashemzadeh, M. – Shariati, M. – Mohammad Nazari, A. – Keramat, A. (2021) Childbearing intention and its associated factors: A systematic review. *Nursing Open*, 8(5), 2354–2368. <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.849>.
- Háttér Társaság (2017) *Azonos nemű szülők és gyermekeik*. Elérhető: <https://hatter.hu/sites/default/files/dokumentum/kiadvany/szivarvanycsaladok2017.pdf> [Letöltve: 2025-05-25].
- Hegedűs R. (2021) Amikor egyedül kell, hogy menjen – Az egyszülős családok. In Bátki, A. – M. Ribiczey, N. (szerk.) *Családdhatározó: A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books, 108–134.
- Hodson, N. – Bewley, S. (2019) Abuse in assisted reproductive technology: A systematic qualitative review and typology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 238, 170–177. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.027>.
- Husz I.(szerk.) (2022) *Mi a család?* Budapest: Akadémiai – Társadalomtudományi Kutatóközpont. <http://dx.doi.org/10.1556/9789634548720>.
- Husz I. – Herke B. (2022) A család sokszínű fogalma a szociológiában. In Husz I. (szerk.) *Mi a család?* Akadémiai – Társadalomtudományi Kutatóközpont.

- Kaltsas, A. – Moustakli, E. – Zikopoulos, A. – Georgiou, I. – Dimitriadis, F. – Symeonidis, E. N. – Zachariou, A. (2023) Impact of Advanced Paternal Age on Fertility and Risks of Genetic Disorders in Offspring. *Genes*, 14(2), 486. <http://dx.doi.org/10.3390/genes14020486>.
- Kapdebo Á. (2024) A gyermektelenség jelensége Magyarországon- szakirodalmi áttekintés alapján. *Kapocs*, 1–2, 14–26.
- Kapitány B. – Spéder Z. (2021) Gyermekvállalás. *Demográfiai portré*, 45–63.
- Kirkman-Brown, J. C. – Martins, M. (2020) „Genes versus children”: if the goal is parenthood, are we using the optimal approach? *Human Reproduction*, 35(1), 5–11. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dez256>.
- Kreyenfeld, M. – Konietzka, D. (2017) Analyzing Childlessness. In Kreyenfeld, M. – Konietzka, D. (szerk.) *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*. Springer Open, 3–16.
- Langher, V. – Fedele, F. – Caputo, A. – Marchini, F. – Aragona, C. (2019) Extreme Desire for Motherhood: Analysis of Narratives From Women Undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Europes Journal of Psychology*, 15(2), 292–311. <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1736>.
- Lazzari, E. – Compans, M.-C. – Beaujouan, E. (2025) Change in the perceived reproductive age window and delayed fertility in Europe. *Population Studies*, 79(1), 81–101. <http://dx.doi.org/10.1080/00324728.2023.2298678>.
- Lengyel A. (2021) *Az anya nő. A másik is. Szülővé válás lesbikus kapcsolatban*. Előadás MPPOT. XVIII. Országos Kongresszus, Budapest.
- Lengyel A. – Danis, I. (2025) Meddőség és asszisztált reprodukció demográfiai, pszichoszociális és szociokulturális kontextusban. *Szociológiai Szemle*, 35(2), 25–61. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.15567>
- Losonczy Á. (2020) A legnagyobb életforduló: gyerekvárás, szülés, születés. In Takács R. A. (szerk.) *Losonczy Ágnes műhelyéből. Tanulmányok 1960-2017*. Budapest: Gondolat, 301–318.
- Lotti, F. – Marchiani, S. – Corona, G. – Maggi, M. (2021) Metabolic Syndrome and Reproduction. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(4), 1988. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms22041988>.
- M. Ribiczey, N. (2021) Befogadlak, bármerről jössz, elengedlek, ha jó helyre mész- A nevelőszülői családok. In Bátki, A. – M. Ribiczey, N. (szerk.) *Családdhatározó: A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books, 341–372.
- Manouchehri, A. – Shokri, S. – Pirhadi, M. – Karimi, M. – Abbaszadeh, S. – Mirzaei, G. – Bahmani, M. (2022) The Effects of Toxic Heavy Metals Lead, Cadmium and Copper on the Epidemiology of Male and Female Infertility. *JBRA Assisted Reproduction*, 26(4), 627–630. <http://dx.doi.org/10.5935/1518-0557.20220013>.
- Mészáros K. – Kiss Z. (2024) Alternatív életutak- Örökbefogadás. In Bátki A. – Mészáros K. (szerk.) *Szeretnénk, ha megszületné! – a meddőség orvosi, lélektani és társadalmi vonatkozásai*. Budapest: Oriold és Társai, 373–386.
- Miettinen, A. – Rotkirch, A. – Szalma, I. – Donno, A. – Tanturri, M.-L. (2015) Increasing childlessness in Europe: time trends and country differences. *Families and Societies*, 33.
- Mulder, C. – Lassi, Z. – Grieger, J. – Ali, A. – Jankovic-Karasoulos, T. – Roberts, C. – Andraweera, P. (2020) Cardio-metabolic risk factors among young infertile women: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(8), 930–939. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16171>.
- Nagy B. M. (2021) Csak te meg én – Családok gyerek nélkül. In Bátki A. – M. Ribiczey N. (szerk.) *Családdhatározó. A sokszínűség pszichológiája*. Budapest: Open Books, 123–150.
- Navratyl Z. (2017) Béranyaság határok nélkül: különös tekintettel az Emberi Jogok Európai Bíróságának döntéseire. *Iustum Aequum Salutare*, 13(3), 101–114.
- Pápay N. (2017) A meddőség megélésének pszichoszociális modelljei. In Sz. Makó, H. – Veszprémi, B. (szerk.) *A párkapcsolattól a gyermekágyig. A várandósság, a szülés és a gyermekágy időszakának pszichológiája és pszichoszomatikája*. Pécs: Octoport, 203–229.
- Pápay N. – Gellért F. (2015) Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukív egészség-magatartás alakulásában. In Pápay N. (szerk.) *Reprodukív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös, 189–208.
- Pári A. – Nagy T. – Kozák K. (2022) A gyermekvállalás elutasításának tudatos tényezői a 25–44 éves diplomások körében. In Aczél P. (szerk.) *Család - Gyermek - Jövő. Tanulmányok a családtudomány köréből*. Budapest: KINCS, 165–190.
- Parsons, T. (1965) The Normal American Family. In Wilson, R. H. L. (szerk.) *Man and civilization: The family's search for survival*. New York: McGraw Hill, 31–50.
- Passet-Wittig, J. – Bujard, M. (2021) Medically assisted reproduction in developed countries: Overview and societal challenges. In *Research Handbook on the Sociology of the Family*. Edward Elgar, 417–438.

- Passet-Wittig, J. – Greil, A. L. (2021) On estimating the prevalence of use of medically assisted reproduction in developed countries: a critical review of recent literature. *Human Reproduction Open*, (1), hoaa065. <http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoaa065>.
- Passet-Wittig, J. – Schneider, N. F. (2020) Imaginability of adoption, foster care, and life without a(nother) child and stress in women and men in fertility treatment. *Journal of Health Psychology*, 25(10–11), 1462–1471. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105318758857>.
- Raţ, C. – Szikra D. (2018) Family policies and social inequalities in Central and Eastern Europe: a comparative analysis of Hungary, Poland and Romania between 2005 and 2015. In Eydal, G. B. – Rostgaard, T. (szerk.) *Handbook of Family Policy*. Edward Elgar.
- Rojas Betancur, H. M. – Quirama, A. H. – Rubio, C. R. (2023) Voluntary childlessness in a society reluctant to change. *Sociology Compass*, 17(2), e13040. <http://dx.doi.org/10.1111/soc4.13040>.
- Safdari-Dehcheshmeh, F. – Noroozi, M. – Taleghani, F. – Memar, S. (2023) Factors Influencing the Delay in Childbearing: A Narrative Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(1), 10. http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_65_22.
- Sahana Devi, K. J. – Yendapalli, V. (2022) Women Infertility: A Systematic Review of Effects and Causes. *SN Computer Science*, 4(2), 103. <http://dx.doi.org/10.1007/s42979-022-01510-5>.
- Sarma, S. (2024) Assisted Reproductive Technology (Art) Methods in Establishing Alternative Family Forms: Challenges and Prospects. *Journal of Socioeconomic and Contemporary Review*, 4(1).
- Segers, S. – Pennings, G. – Mertes, H. (2019) Getting what you desire: the normative significance of genetic relatedness in parent-child relationships. *Medicine Health Care and Philosophy*, 22(3), 487–495. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-019-09889-4>.
- Sengupta, P. – Dutta, S. – Karkada, I. R. – Chinni, S. V. (2022) Endocrinopathies and Male Infertility. *Life*, 12(1), 10. <http://dx.doi.org/10.3390/life12010010>.
- Serour, G. I. – Serour, A. G. (2021) The impact of religion and culture on medically assisted reproduction in the Middle East and Europe. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(3), 421–433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.06.002>.
- Service, C. A. – Puri, D. – Al Azzawi, S. – Hsieh, T.-C. – Patel, D. P. (2023) The impact of obesity and metabolic health on male fertility: a systematic review. *Fertility and Sterility*, 120(6), 1098–1111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.10.017>.
- Sipos A. – Szalma I. (2023) A reprodukcióra vonatkozó politikák változása Magyarországon 2010 és 2022 között. *Metszetek – Társadalomtudományi folyóirat*, 12(3), 32–57. <http://dx.doi.org/10.18392/metsz/2023/3/2>.
- Somlai P. (1992) Gondolatok a Terhesség – szülés – születés II. kötetének olvasása közben. *Replika*, (1–2), 165–168.
- Spéder Z. (2024) Gyermekvállalás. *Demográfiai portré*, 39–56.
- Strickland, P. – Ratten, V. (2023) Fertility tourism: A systematic review. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 43(11/12), 1156–1174. <http://dx.doi.org/10.1108/IJSSP-02-2023-0047>.
- Sturm, N. – Koops, J. C. – Rutigliano, R. (2023) The Influence of Partnership Status on Fertility Intentions of Childless Women and Men Across European Countries. *European Journal of Population*, 39(1), 20. <http://dx.doi.org/10.1007/s10680-023-09664-5>.
- Sukhera, J. (2022) Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>.
- Sylvest, R. – Schmidt, L. – Pinborg, A. – Ziebe, S. (2025) The emotional experience of men during fertility treatment in Denmark: a qualitative interview study on engagement, hope and loss. *Reproductive BioMedicine Online*, 105217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2025.105217>.
- Szalma I. (2014) A gyermekvállalás társadalmi normái és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata Magyarországon és Európában. *Replika*, 85–86(1–2), 35–47.
- Szalma I. (2021) *Attitudes, Norms, and Beliefs Related to Assisted Reproduction Technologies among Childless Women in a Pronatalist Society*. Springer Nature.
- Szalma I. (2021) Mesterséges megtermékenyítési eljárásokkal kapcsolatos attitűdök a fiatal gyermektelen nők körében Magyarországon. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 11(1), 125–146. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.1.125>
- Szalma I. – Pélyi L. (2024) A mesterséges megtermékenyítési eljárások társadalmi elfogadottsága Magyarországon. *Demográfia*, 66(2–3), 205–233.
- Szalma I. – Sipos A. (2024) Chapter 8: A comparative analysis across reproduction policy fields in Hungary. In *Reproduction Policy in the Twenty-First Century*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 119–135.

- Szalma I. – Takács J. (2012) A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia*, 55(1), 44–68.
- Szalma I. – Takács J. (2014) Gyermektelenség – és ami mögötte van. Egy interjú vizsgálat eredményei. *Demográfia*, 57(2–3), 109–136.
- Szalma I. – Takács J. (2016) Gyermektelenség Magyarországon. Mítoszok és kutatási eredmények. *Magyar Tudomány*, 177(2), 159–167.
- Szalma, I. – Takács, J. (2018a) Is There Voluntary Childlessness At All in Hungary? In Sappleton, N. (szerk.) *Voluntary and Involuntary Childlessness: The Joys of Otherhood?* Emerald, 309–336.
- Szalma I. – Takács J. (2018b) A gyermektelenség mintázatai magyar férfiak körében: egy interjú vizsgálat folytatása. *Szociológiai Szemle*, 28(3), 60–86.
- Szalma I. – Takács J. (2022) *Családszociológiai mozaik*. Debrecen: Egyetemi.
Elérhető: <https://takacs-policy.eu/pdf-lib/Csaladszociologiai-mozaik-F-2022.pdf> [Letöltve: 2025-06-07].
- Szekulesz, D. (2022) ‘All planned babies must be born’: Women’s experience of infertility and assisted reproductive technologies in Hungary. *Intersections. East European Journal of Society and Politics*, 8(3), 30–47.
<http://dx.doi.org/10.17356/ieejsp.v8i3.874>.
- Szigeti J. – Konkoly Thege B. (2012) A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés [The psychological aspects of infertility: A review of the literature]. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67, 561–580.
<http://dx.doi.org/10.1556/MPszle.67.2012.3.8>.
- Szikra D. (2021) Ideológia vagy pragmatizmus? Családpolitika az orbáni illiberális rezsimben. *Kritika Közéleti Közlemények*, 12(2), 23–50.
- Szilágyi D. – Rövid I. (2024) A gyermektelenség jellemzői a népszámlálási adatok tükrében. *Kapocs*, (1–2.), 3–13.
- Tóth O. (1988) *Női karrierék és a gyerek*. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.

SVÉGEL FANNI¹

A SZÜLÉS TEREI

Két erdélyi női önéletírás társadalomtörténeti olvasata²

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.162>

ABSZTRAKT

A tanulmány Losonczi Ágnes terhességgel és szüléssel kapcsolatos kutatásai nyomán a szülés intézményesülésének társadalomtörténeti folyamatait vizsgálja, különös tekintettel a szülés és születés helyszínének megváltozására. Az otthonból az intézménybe kerülés folyamatát a széki Kocsis Rózsi és a hóstáti Diószegi Anna önéletírásai alapján mutatom be. A paraszti női önéletírások a személyes élmények és megélt tapasztalatok első kézből való bemutatása révén egyedülálló forrásként szolgálnak a szülés otthoni gyakorlatának és a fokozatos medikalizációnak a megértéséhez. A tanulmány így az erdélyi magyar kisebbség kontextusában, mikroperspektívában vizsgálja a reprodukcióval összefüggő társadalmi változásokat. Elméleti keretként a biohatalom és a *gender* fogalmait alkalmazom, különös tekintettel a női egészségügyi kiszolgáltatottság és a társadalmi pozíciók metszéspontjára. A dolgozat arra keresi a választ, hogy a reprodukció helyszínének megváltozása, valamint a gondoskodási munka miként alakította át a nemi szerepeket, a családi viszonyokat és a közösségi struktúrákat egy többszörösen marginalizált mikrokörnyezetben. Az elemzés a *close reading* és a kritikai diskurzusanalízis módszereire épül, kiegészülve néprajzi, demográfiai és történeti forrásokkal. A tanulmány a női életvilágok, a sérülékenység (*vulnerability*) és az életmódbeli átalakulások perspektívájából járul hozzá a születés társadalomtörténetének és a Losonczi-életmű társadalomkritikai vonulatának újraértelmezéséhez.

Kulcsszavak: szülés, medikalizáció, női önéletírás

¹ Doktorjelölt, ELTE Bölcsészettudományi Kar

² Készült az MTA-HTK Lendület Munkaformák Kutatócsoport támogatásával.

SPACES OF BIRTH

A socio-historical reading of two Transylvanian women's autobiographies

ABSTRACT

The study examines the socio-historical dynamics of the institutionalization of reproduction, with a particular focus on the transition of childbirth from the private sphere to institutional settings. Through two case studies situated in a rural, Hungarian-speaking community in Transylvania, the paper explores the transformation of birthing practices. The analysis draws upon the autobiographical writings of Rózsi Kocsis and Anna Diószegi, which serve as a primary source for investigation. These personal narratives offer a unique insight into the experience of home birth and its gradual medicalization during the second half of the twentieth century. Building on Ágnes Losonczi's research on pregnancy and childbirth, the study addresses these issues from the perspective of a marginalized minority context. The analytical framework is informed by the concepts of biopower and gender, with particular attention to the intersection of women's social status and healthcare-related vulnerability. The article explores how the relocation of childbirth and the transformation of care work has affected gender relations, family dynamics, and community structures in this micro-context. Methodologically, the analysis combines close reading and critical discourse analysis, supplemented by ethnographic data, demographic statistics, and historical sources. The study contributes to the social history of birth and to the critical interpretation of Losonczi's intellectual legacy by emphasizing women's lives, vulnerability, and the impact of broader lifestyle changes.

Keywords: childbirth, medicalization, female life writing

A SZÜLÉS TEREI

KÉT ERDÉLYI NŐI ÖNÉLETÍRÁS TÁRSADALOMTÖRTÉNETI OLVASATA

A tanulmány a szülés intézményesítése és intézményesülése körüli történeti-társadalmi kérdéseket járja körül, ami magába foglalja a helyszín megváltozását. A szöveg két esettanulmány segítségével vizsgálja, miként olvasható az erdélyi, magyarlakta, falusi környezetben az otthoni, a szülőotthoni és a kórházi szülés története. Ehhez két női önéletírás szolgál forrásként, amelyek a személyes élmény, a megélt tapasztalat felfedése révén egyedi forrásnak számítanak a témában. Losonczi Ágnes egészségügyi tematikájú munkásságának egyik fontos elemére, az 1987 és 1991 közötti terhesség-szülés-születés vizsgálatra alapozva a tanulmány a fent vázolt problémát egy többszörösen marginalizált környezetben, az erdélyi magyar kisebbség oldaláról közelíti meg, és kontextualizálja a születés társadalomtörténete és a medikalizáció szempontjából (Losonczi 1986, 1991, 1999).³ Így a tanulmány a női életvilágok, a sérülékenység, az életmódot érintő társadalmi változás perspektívájából is kapcsolódik a Losonczi-életműhöz (Klopfer 2015).

A 20. századra fókuszáló szakirodalom a szülés helyszínének megváltozását a második világháború utáni és a korai államszocialista időszakra teszi. E kutatások szerint számos nyugat- és közép-európai országban – mint például Lengyelországban, Csehszlovákiában, Nyugat-Németországban és Franciaországban – az 1950-es és 1960-as évek jelentették a szülés teljes intézményesülése, a medikalizáció időszakát (Kassner 2019, Hanulík 2019, Hrešanová 2018, Schumann 2009, Knibiehler 2007). Lengyelországban a szülőotthonok az 1940-es évek közepén kezdtek megnyílni, és a vidéki területeken ez maradt közel három évtizedig az uralkodó egészségügyi intézménytípus.⁴ A bábáság ezzel szorosan összefüggő professzionalizációja hasonló utat járt be, mint Magyarországon: az egészségügyi segédszemélyzetté redukálódás útját. Azonban a szülőotthonokban mint köztes terekben még részleges autonómiát élvezhettek a szülésznők (Kassner 2019). Cseh területeken is hasonló folyamat játszódott le az 1940-es évektől: intézményesítés, presztízsvesztés, elszegényedés. Az 1950-es évek közepén Csehszlovákiában már 80% feletti volt az intézményi születek aránya az adatok szerint, és a hatvanas évekre a medikalizáció teljessé vált (Hanulík 2019). Franciaországra vonatkozóan Yvonne Knibiehler (2007) a bábák visszaemlékezéseire támaszkodva vizsgálta a bábák és az orvosok közötti konfliktusokat, a bábai hivatás presztízsének hanyatlását, valamint a szülés intézményesülését. Eredményei azt mutatják, hogy a medikalizáció Franciaországban az 1960-as években érte el csúcspontját. Ezek a tendenciák egybevágnak a magyar kutatások eredményeivel, amelyek a „hosszú ötvenes évekre” teszik a terhesség és a szülés medikalizációjának megszilárdulását, a hagyományos bábászakma erózióját és az intézményen belüli szülés dominanciáját (Deáky 1996, Deáky–Krász 2024, Svégel 2018).

³ Losonczi Ágnes vezetésével az 1980-as évek végén indult Társadalmi változások – Életfordulók kutatás több altémát vizsgált: a terhesség, szülés, születés kérdésköreit, az egészségügy átalakításának témáját, illetve egy budapesti kerületben generációkon átívelő családtörténeteket. A terhesség, szülés, születés kutatás a Pest Megyei Tanács felkérésére indult, amely szociológusok segítségét kérte a déli övezet országos szinten is kiugró csecsemőmortalitási rátája okainak feltérképezésében. Az empirikus kutatást az agglomerációban végezték 1987 és 1993 között (Losonczi 1991).

⁴ A szülőotthonokról részletesebben lásd *A szülőotthon mint intézménytípus a 20. században* alfejezetet.

Ez a térbeli átrendeződés – amelyet egyrészt a szovjet típusú rendszerek centralizáló politikája, másrészt a kapitalista jóléti állam projektje erősített meg – a tudományos és technológiai fejlődéssel, a háború utáni demográfiai aggodalmakkal, a megelőzésen alapuló orvosi szemlélettel és a szülés körüli segítő szakmák nemi átrendeződésével magyarázható. E folyamat megváltoztatta a szülés körüli hatalmi struktúrákat is: a bábák és a szülésznők, a korábbi komplex szerepükhöz képest, fokozatosan a szülőszobai asszisztensek szerepébe szorultak vissza, miközben az orvosok és ápolók átvették a terhesgondozás és a szülés utáni, gyermekágyas ellátás feladatait. Ez az átmeneti időszak (1950–1970) több európai országban egybeesett a szülőotthonok dominanciájával. Az 1970-es évektől azonban megjelent a posztmodern bábák új generációja, akik megalapozták a kortárs, intézményen kívüli szülés (otthonszülés) gyakorlatát (Kisdi 2013).

Az otthon szférájából fokozatosan intézményi környezetbe kerülő szülés mint női, családi és közösségi életesemény a társadalmi viszonyokat is átalakította: nemcsak a terhes nő és a szűkebb-tágabb környezete (család, közösség, társadalom, állam) viszonyára, de a férfi-nő viszonyokra is hatást gyakorolt. A térbeli átrendeződés azonban korántsem volt egyirányú folyamat. Különböző településtípusokon élő, eltérő társadalmi rétegekhez tartozó nők más-más időben és módon tértek át az intézmények (szülőotthon, kórház) világába, de az egyéni különbségek is szerepet játszottak ebben a rendkívül sokszínű, mégis egységesítő folyamatban. A szülés helyszíne és módja tekintetében számolnunk kell a helyi orvos és baba személyének meghatározó mivoltával, a köztük lévő kapcsolat minőségével, a család közösségi státuszával és vagyoni helyzetével, illetve a közösségi normákkal. Továbbá mérlegelnünk kell, hogy a nők nagyon különböző elképzeléseket társíthattak az otthoni és a szülőotthoni vagy kórházi szüléshez, és korántsem arról van szó, hogy előbbi kizárólagosan pozitívan, utóbbit kizárólagosan negatívan értékelte volna a közösség. A közvélekedéssel ellentétben az állam a hosszú ötvenes években nem írta elő törvényileg a kórházi szülés gyakorlatát, hanem az egészségügyi rendszer átalakítása hozta magával e gyakorlatot, mivel a községi vagy magánalkalmazott bábák szülőotthoni vagy kórházi alkalmazottakká váltak. Az intézménybe való áttérés azonban a nők elvárása is lehetett, a fejlődő orvostudomány újabb megoldásai biztonságot vagy presztízszerzést is adhattak a szülő nőknek. Vagyis a kortárs intézménykritika retrospektív értelmezése finomítható a személyes visszaemlékezések alapján (Svégel 2025).

FORRÁSOK, MÓDSZERTAN

Az európai szakirodalomból közismert jelenség, hogy a 20. század közepén a születés az otthonból az intézmények szférájába került, ennek ellenére az évezredes tradíciókat megtörő folyamat társadalmi hatásáról kevesebb elemzés született. A tanulmány e folyamat értelmezésére vállalkozik, új források bevonásával, többszörösen marginalizált mikrokörnyezetben. Forrásként két női önéletírást, a széki Kocsis Rózsi (1932–1999) és a hóstáti Diószegi Anna (sz. 1933) memoárjait használok, amelyek a személyes élmények elbeszélése révén egyedi forrásnak számítanak a témában. Kocsis Rózsi (1997) a három kötetből álló önéletírássorozat második kötetében részletesen tárgyalta saját, szülőotthonban lezajlott szülésének történetét, míg Diószegi (2002) az édesanyja otthoni, majd saját két kórházi szülését elevenítette fel önéletírásában. Mindkét szerző annak a generációnak volt tagja, akik még otthon születtek, de ők maguk már intézményben születtek, ezért a források a generációk közötti tapasztalatátadás és a konfliktus szempontjából is kiemelkedő jelentőségűek. Ennek nyomán arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a szülés helyszínének megváltozása, illetve a gyermekgondozás mint munka, miként hatott az adott mikrokörnyezetben a férfi-nő viszonyokra, a családi és közösségi kapcsolatokra.

Elméleti keretként a gender és a biohatalom fogalmakat analitikus eszközökként használok a társadalmi valóság leírására. Vagyis a nők társadalmi helyzetének és egészségügyi kiszolgáltatottságának metszéspontját helyezem az elemzés középpontjába. Különösen fontos mindez a nyelvi-etnikai kisebbségben élő, falusi társadalomba betagozódó nők esetében, akik többszörösen marginalizált környezetben kerültek az államilag felügyelt intézmények világába. A biohatalmi aspektust Dominique Memmi (2012) értelmezése szerint használok, aki a Foucault-i államhatalmi megközelítéstől eltérően a mikroperspektívát helyezte előtérbe. Memmi a biohatalom gyakorlásának terét a hétköznapi szférába helyezte át, és a diszkurzív felügyelet koncepciója segítségével az egyén és az intézmény kapcsolatát a beszéden keresztül vizsgálta (Memmi 2012, Takács 2015). Az elemzéshez a *close reading* és a kritikai diskurzusanalízis módszereit használok, különös tekintettel a női önéletrajzok módszertani kihívásaira, illetve azok emlékezetpolitikai aspektusaira.

A feminista szakirodalomban uralkodó nézet szerint a nők élettörténeteit elemző szövegek elsődleges forráscsoportja a nők önreflektív szövegei kell legyenek. Ezek az önreflektív, saját életükről szóló narratívák ugyanis minőségileg más fénytörésben jelennek meg, mint a mások által írtak, hiszen a nők így képesek saját történeteket alkotni (Pető–Waldijk 2007, Long 1999). Ez a megállapítás különösen fontos a kisebbségi helyzetben élő nők esetében, hiszen a társadalmi nemi sajátosságok mellett figyelembe kell vennünk az osztálypozíciót és az etnikai hovatartozást is. A nők által jegyzett önreprezentatív műfajok kapcsán Louise O. Vasvári (2016) az életírás (*life writing*) fogalmát használta, amely egy olyan inkluzív koncepció, amely tágabb teret enged az önkifejezésre. Vasvári az önéletrajzhoz kötődő társadalmi nemi jellegzetességeket problematizálta, rámutatva az önéletrajzi kánon maszkulin jellegére.

A SZÜLŐOTTHON MINT INTÉZMÉNYTÍPUS A 20. SZÁZADBAN

A 19. század utolsó évtizedeire komoly társadalmi és politikai problémává vált a magas csecsemőhalandóság és az anyai halálozás az Osztrák-Magyar Monarchia rurális területein, így a demográfiai helyzet a magyar nemzeti diskurzus középpontjába került. A bábáság professzionalizációjával – vagyis a bábaképzés létrejöttével, differenciálódásával és a szülésznői identitás kialakulásával – együtt járt az otthoni szülések visszaszorulása. Egyre több okleveles bába került intézményi alkalmazásba, akik már szülésznőként hivatkoztak magukra, szakmai egyesületet alapítottak és elhatárolták magukat a képzetlen parasztbábák nagylétszámú csoportjától (Deáky–Krász 2024). A 20. század első felében a medikalizáció fokozatos elterjedése és a higiéniai diskurzus hegemoniája segítette a szülés intézményes kereteinek kialakítását. Ehhez hozzájárult a védőnőség mint különálló, államilag felügyelt és támogatott szakma kialakítása, amely a hagyományos bábásághoz tartozó feladatok, főleg a pre- és posztnatális gondoskodás átcsoportosításával járt. A szakképzett védőnők megjelenésével megkezdődött a hagyományos bábaszakma elaprózódása. Mivel a bábák/szülésznők már csak a szülés körüli teendőket látták el, így egyre inkább az intézményi (kórházi) ellátás keretein belül kaptak szerepet. Ezzel pedig kezdetét vette az a folyamat, amely során a bábák véglegesen szülésznőkké váltak (Deáky 1996, Thompson 1997, Svégel 2023).

A terhesség, szülés, születésszabályozás és újszülöttgondozás állami és medikális felügyeletének részeként jöttek létre a szülőotthonok, amelyek a laikus bábák miatt veszélyesnek ítélt otthoni szülés, valamint a szintén (fertőzés)veszélyt hordozó kórházi szülés közötti köztes megoldásnak bizonyultak. A szülészeti eseményeket befogadó orvosi intézmények megjelölése nem minden esetben takart azonos felszereltségű és hasonló térrendezési-építészeti jegyekkel rendelkező intézményt. A 20. századra vonatkozóan típus szerint megkülönböztethetünk kiemelt szülőotthonokat, amelyek a kórházakhoz hasonló felszereltséggel

rendelkeztek és 20 ágynál többet tartottak fenn; közepes szülőotthonokat állandó szülész-nőgyógyász szakorvossal és kisebb műtétekre alkalmas berendezéssel, körülbelül 15–20 ágygal; és 5–10 ágyas kis szülőotthonokat, ahol a szülésznők munkáját a körzeti orvos felügyelte (Pintér 1982:239–240).

Az egyik első budapesti szülőotthon egy magánvállalkozó kezdeményezésére jött létre. A Weiss Alice Gyermekágyas Otthont 1906-ban alapította csepeli Weiss Manfréd zsidó származású gyáros, fiatalon elhunyt felesége, Wahl Alice emlékére. A hosszabb előkészületek után, 1910-ben megnyílt intézmény alapító levelében Weiss úgy fogalmazott, hogy szerény és elhagyatott nők számára hozza létre az otthont, vagyis az otthon szolgáltatásai az alacsonyabb társadalmi rangú, szegény nőket célozta (Bruner 2023).⁵ A zsidó jótékony intézmények mellett a főváros is tevékenyen részt vett az anya- és csecsemővédelem fejlesztésében. Az 1900-as évek első évtizedeiben gyakorlatilag egymással párhuzamosan alakult ki az állam által működtetett és a jótékonyági alapú, társadalmi vagy magánkezdeményezéseken nyugvó anyavédelem intézményrendszere. Az egészségvédelmi-demográfiai programba illeszkedett a Batthyány-szülőotthon és a Márta-otthon létrehozása 1914-ben, valamint egy évvel később az Országos Stefánia Szövetség, a védőnőket tömörítő első magyarországi szakmai szervezet megszervezése is (Madzsar 1915).

A szülőotthonok térnyerése szorosan összefüggött a bábaképzés reformjával, az Országos Stefánia Szövetség (1915–1940) és a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat (1927–1945) létrehozásával, valamint a Szülészeti Rendtartás széleskörű bevezetésével. Tauffer Vilmos 1881-ben kezdte el a szülészeti adatok országos kiterjedésű gyűjtését, amely megalapozta a mai, egységes szülészeti statisztikát (Csákány 2007). A Szülészeti Rendtartás 1932-es évre vonatkozó adatai alapján azt láthatjuk, hogy Budapesten a Weiss Alice Gyermekágyas Otthon mellett a Szent Paula Szülőotthon, a kőbányai Gizella Szülőotthon, a Bakáts téri szülőotthon, az Apponyi Poliklinika, illetve az akkori városháza körül a kispesti és az újpesti szülőotthon működött. Vidéken a Debreceni Közjótékonyági Egyesület Szülőotthona és a Gödöllői Járási Szülőotthon mellett a Stefánia Szövetség szülőotthonai üzemeltek Sátorlajújhelyen, Hajdúnánáson, Szarvason, Orosházán, Békésszentandrásán és Adonyban (Tauffer 1934, IV. sz. tábla). Az Egészségügyi Minisztérium statisztikai adatai szerint az intézményben lezajlott szülések országos aránya 1931-ben 28% volt (Földes 1975:19).

A 20. század első felében nem mutatható ki egyértelműen a szülőotthonok nagyvárosi dominanciája. A Stefánia Szövetség által üzemeltetett szülőotthonok Budapesten és nagyobb városokban éppúgy megtalálhatók voltak, mint a kisebb vidéki településeken (Tauffer 1934).⁶ Az erdélyi területekre vonatkozó adatok alapján azt is látni fogjuk, hogy már a múlt század első felében is működtek kis szülőotthonok erdélyi falvakban. Mindazonáltal, a községi szülőotthonok országos elterjedése a második világháború és a kommunista hatalomátvétel után vált igazán jelentőssé. Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer 1950-es években bekövetkezett szovjetizációjával a medikalizáció korábban nem tapasztalt mértékben megerősödött. A két világháború közötti időszak pronatalista érvelését, amely az eugenikai és a higiénikus diskurzus talaján fejlődött ki, felváltotta a szocialista társadalom felépítését hangoztató érvrendszer. Vagyis azt mondhatjuk, hogy a pronatalista diskurzus kontinuitása tetten érhető, csupán a narratív indokolás változott meg. Az egészségesség gondolata a modern orvosi kultúrához kapcsolódott, melynek része volt a szülés intézményesítése az anyák és a gyermekek biztonsága és egészsége érdekében (Pető–Svégel 2024).

⁵ Az épület a Bókay tér 4. szám alatt nyílt meg, a mai Szabolcs utcában.

⁶ Emellett magán- és egyházi tulajdonú vagy a városok által fenntartott szülőotthonokról beszélhetünk még.

A szovjet típusú egészségügyi rendszer kialakítása az első öt éves terv keretében (1950–1954) több jelentős intézkedéssel járt az anya- és csecsemővédelem területén, amelynek részét képezte a szülések intézményesítése. A szülőotthonok számát a meglévő 98-ról 155-re kívánták emelni, „*elsősorban bányá- és tanyavidékeken*”.⁷ A Ratkó Anna vezette Népjóléti Minisztérium még 1949-ben rendeletet adott ki az anyavédelem szabályozásáról. A rendelet tartalmazta az ország szülészkerületeinek felosztását,⁸ a szülés körüli segítő személyek (szülésznők, orvosok) és az adminisztrációban résztvevők (szülészkerületi főorvos, tisztiorvos) feladatait, és egyben újrashabályozta a bábák bejelentési kötelezettségét is.⁹ A szülőotthonok működését országos szinten először az immár egészségügyi miniszter Ratkó Anna által 1951-ben kiadott rendelet szabályozta. A rendelet tartalmazta a szülőotthon feladatainak leírását, amelyhez hozzátartozott a korszerű egészségügyi körülmények megteremtése, a klinikák tehermentesítése és a terhesvédelmi rendelés megtartása. Alkalmazottak tekintetében egy orvos és egy szülésznő meglétét írta elő a rendelet.¹⁰

A szülésznők tevékenységi köréhez tartozott a szülések levezetése, a nők és az újszülöttjeik gondozása a gyermekágyas időszakban, illetve a várandós nők részére nyújtott terhességi tanácsadásban való közreműködés. Ezen felül felelősek voltak a szülőotthon rendjének, tisztaságának és értékeinek megőrzéséért is. Az 1–4 ágyas otthonok esetében a szülésznő köteles volt a takarítást is maga végezni, azonban a mosástól el volt tiltva. A szülőotthonban dolgozó szülésznőktől a rendelet megkövetelte, hogy ott is lakjanak, más munkájuk nem lehetett. A szülőotthonok fenntartójának a várost vagy a községet jelölte meg a minisztérium. A működésüket a szülészkerületi főorvos és a megyei tanács végrehajtó bizottsága ellenőrizte, a személyzet kinevezése a városi tanács hatáskörébe tartozott. Az újonnan létesített szülőotthonokat állami típusútervek szerint kellett létrehozni.¹¹

Az intézményesítés tehát értelmezhető a bábák autonómiájának csökkentését célzó intézkedésként; az anyai halálozást és a csecsemőhalandóságot csökkentő anya- és gyermekvédelmi intézkedésként; valamint a terhességmegszakítás állami ellenőrzése kiterjesztése felől is. Statisztikai adatok szerint az intézményben lezajlott szülések országos aránya 1950-ben 35%, 1955-ben 65%, majd 1960-ban már 85% volt, és 1965-re elérte a 97%-ot (Földes 1975:19–37). Szintén 1965-től kezdve vált magasabbá a neonatális (újszülöttkori) halálalási ráta az otthoni szüléseknél az intézményi szülésekhez képest. Vagyis 1965-re vált „biztonságosabbá” az intézményen belüli szülés Magyarországon, amely részben a bábák szülésznőkké, intézményi alkalmazottakká válásával, valamint a technikai fejlődéssel és az egészségügyi intézmények felszereltségével is magyarázható. 1973-ra az intézeti (kórházi) szülések aránya elérte a 98,9 %-ot, tehát az otthoni szülés gyakorlatilag megszűnt a szocialista időszak második népesedési kampányával egyidőben (Földes 1975:37).¹² Ezzel közel párhuzamosan a szocialista Romániában is lezajlott – bár jelentős eltérésekkel – a női termékenység teljes

7 1949. évi XXV. törvény A Magyar Népköztársaság első öt éves népgazdasági tervéről az 1950. januártól az 1954. december 3-ig terjedő időszakra. III. fejezet 42§ A dolgozó nép anyagi és kulturális életszínvonalának emelése.

8 Tíz kerület jött létre: a nagybudapesti, a budapestkörnyéki, a debreceni, a gyulai, a miskolci, a pécsi, a szegedi, a székesfehérvári, a szolnoki és a szombathelyi szülészeti kerület. A szülészkerületi főorvosok munkáját a népjóléti miniszter 3.300/1950. (V. 25.) N. M. számú rendelete a szülőintézetek és szülőotthonok szakellenőrzésének fokozottabb érvényesítése tárgyában kiadott rendelete is szabályozta.

9 A népjóléti miniszter 3.135/1949. (260) N. M. számú rendelete az anyavédelem (női egészségvédelem) újabb szabályozása tárgyában. Nagybudapest területén az Anya- és Kisdedvédelmi Intézet felelt a nyilvántartásokért.

10 Húsz ágynál kevesebb férőhelyű otthon esetében elegendő volt részfoglalkoztatású orvos alkalmazása.

11 3.417-10/1951. (IV. 1.) Eü. M. rendelete a szülőotthonok szervezetének és működésének szabályozása tárgyában. *Magyar Közlöny*, 1951. április 1. 318.

12 1040/1973. (X.18.) MT határozat a népesedéspolitikai feladatokról.

állami kontroll alá vonása: Nicolae Ceaușescu hírhedt 770. dekrétuma (1966) – szakértői felmérésekre hivatkozva – megtiltotta a terhességmegszakítást (Kligman 1998).

INTÉZMÉNYI SZÜLÉS A MEZŐSÉGI SZÉKEN

A továbbiakban egy esettanulmány segítségével mutatom be, miként zajlott egy szülés a Kolozs megyei Széken 1953-ban. A 20. századi falusi szülési stratégiák unikális forrása Juhos Kis Sándorné Kocsis Rózsi (1932–1999) széki paraszttasszony önéletrajzának második kötete (Kocsis 1997). A szerző ötvenéves kora körül kezdett feljegyzéseket írni kórházi tartózkodásai során. Elbeszéléseit először 1977-ben küldte el Nagy Olga folkloristának, akivel fiatal lányként ismerkedett meg Széken. A publikált kötetek időrendbe szerkesztett elbeszélések, amelyek a gyerekkorának, lányságának és fiatalasszonyságának, illetve anyaságának élményeit rögzítik (Kocsis 1988, 1997, 2000).

Kocsis Rózsi 1932-ben született a Kolozsvár és Szamosújvár között fekvő Széken, szegényparaszti családban. Édesapja napszámosként, édesanyja hímzőasszonyként kereste a kenyeret. Tehát a család már piaci alapon integrálódott a tágabb társadalmi környezetbe, azonban az önéletírások szerves része maradt a Rózsi által megélt, a környezet által is érzékeltetett szegénység. Rózsi négy elemi végzett szülőfalujában, de tanulmányai végére is szinte analfabéta maradt, mivel gyermekkorától szerves része volt életének a bér munka, a „szolgálat”. A fiatal parasztlányok zömének fontos életszakasza volt a cselédkedés ideje, amely a házasságkötés előtti életszakasz egy olyan része, amely során tapasztalatot szereztek egy más típusú életmóddal kapcsolatban. Rózsi az első világháború előtt és után is Kolozsvár külvárosában, a Hóstátban dolgozott, az 1940-es évek végén pedig Széken, Krizsovánszky László református lelképásztornál és feleségénél, a későbbi folkloristaként ismertté vált Nagy Olgánál, akivel közeli kapcsolatban álltak (Nagy 1995:6–35). Az a mozzanat, hogy egy fiatal falusi lány nevelte egy falusi értelmiségi család gyerekeit, rávilágít arra, hogy a reprodukív munka társadalmi kiszervezésének gyakorlata fellelhető a legkülönbözőbb társadalmi csoportokban. A második elemzett életrajz szerzője, a zöldségtermesztésből és piacozásból élő Diószegi Anna és családja is alkalmazott egy széki lányt, hogy segítsen a gyerek körüli és a háztartási munkákban (Diószegi 2002).

Kocsis Rózsi fizetett cselédként ismerkedett meg az akkor tanítónak dolgozó Nagy Olgával, akivel később már adatközlő-kutató viszonyban álltak.¹³ A cselédség és a viszonylag hosszabb lányság után húszévesen, 1952-ben házasodtak össze Juhos Kis Sándorral, ami a szülői ház elhagyása mellett azt is jelentette, hogy Forrószegről a legpuritánabb falurészre, Felszegre kellett költöznie, a férje családjához.¹⁴ Ez a térben minimális, ám szimbolikus jelentőségű fizikai mobilitás összefüggésben áll a társadalmi státuszváltással: szegény család lányából egy relatíve módosabb feleség lett, ám kikerült a vér szerinti család nyújtotta védőhálóból. A házasságukból három gyerek született, első fiuk, Pista, egy baleset következtében értelmi sérültként élte le élete nagyrésztét, amely meghatározta édesanyja mindennapjait is (Kocsis 2000). A család 1964-ben Szamosújvárra költözött, ahol Rózsi üveggyári segédmunkásként dolgozott. Élete a társadalmi-fizikai mobilitás tekintetében hasonló a 20. század első felében cselédkedő, majd a század közepén faluról városba költöző nőkéhez, azonban egyedülálló egy rurális környezetben sérült gyereket nevelő nő önvallomása tekintetében.

A második kötetnek *A szülészet* című fejezetében követhetjük végig Rózsi anyává válásának útját, egy olyan közegben, ahol bár már nem ő volt az első a közösségben, aki szülőotthonban született, de a családjában ő

¹³ Nagy Olga pályájáról lásd: Nagy 1995.

¹⁴ Szék három, elkülönülő sajátosságokkal bíró részből állt: Forrószeg, Felszeg és Csipkeszeg.

volt az első, aki intézményben, szaksegítséggel hozta világra gyermekét (Kocsis 1997). A forrás nem pusztán azért érdekes, mert kevés (női) önéletírás tárgyalja ilyen részletességgel a gyerekszülést és a várandósságot,¹⁵ hanem azért is, mert a zárt és hagyományőrző faluközösséggént ismert Széken, intézményben történt szülésekről kapunk képet az 1950-es évek közepéről. Nagy Olga (1989) szerint Szék „traumatizált falu”, amit a 19. század közepén végbement sóbányaomlásra, majd az azt követő földállagromlásra, illetve az infrastruktúra hiányából fakadó elzártságra vezetett vissza. A faluban élők anyagi körülményeinek és pénzkereseti lehetőségeinek megváltozása hatással volt a mentalitásukra is. A tradicionális, zárt falu képét némiképp árnyalja a hosszú múltra visszatekintő piacozás és a cselédkedés, amely jövedelemforrást biztosított az asszonyoknak, valamint hozzájárult a fiatalok szocializációjához és munkára neveléséhez. Vagyis a gazdasági transzferek tetten érhetőek voltak a kulturálisan elzárkózó faluközösség mindennapjaiban.

A terhesség, szülés, gyerekágy és annak helyszínváltozása a női életvilágok, privát és nyilvános terek, munka és pihenés perspektívájában is értelmezhető. A paraszti közösségekben, így Széken is, a munka mint társadalomszervező erő kiemelt helyet foglalt el. A munka jelölte ki az egyén helyét a közösségen belül, és az elvégzett munka presztízse adta meg az egyén rangját a helyi társadalomban. Széken a paraszti női munkákhoz tartozott a család étellemmel való ellátása, ideértve a kenyérsütést, a lekvárfőzést, befőttek eltevését, a napi étel megfőzését, valamint a ruházat elkészítése is (Nagy 2016:65). A terhesség, szülés, gyerekágy ideje alatt a nők hosszabb-rövidebb időre kiestek a termelő, produktív munkából és a ház körüli teendőket vagy a nagyobb gyerekek ellátását, a szülőkről való gondoskodást (reproduktív munka) sem tudták a korábbi intenzitással ellátni. Tehát a terhesség és a szülés a munka szüneteltetését, a gyerekágyi időszak pedig a termelő munkába való visszatérésre felkészülést is jelenthette. A paraszti társadalomban a nők élet- és munkatere nem korlátozódott az otthon/háztartás privát szférájába. Kocsis Rózsi (2000) kiemelkedően sok időt töltött az otthona közelében, az állandó felügyeletet igénylő fia miatt, ezzel pedig kivívta a férje ellenszenvét és a közösség bírálatát is.

Rózsi emlékei alapján egy olyan kis falusi szülőotthon működött Széken, amely nem volt hasonlítható a kórházi felszereltséggel rendelkező, kiemelt szülőotthonokhoz. A piac mellett helyezkedett el, azon az úton, ahol a forrászegiek jártak a felszegi templomba menet, vagyis egy zajos, forgalmas helyszínen. Erre a körülményre több nő is panaszkodott, a túlzott nyilvánosság (mindenki tudta, éppen ki szül bent) és a közösségen belüli pletykák miatt (ki mennyi idő alatt szült, ki hangoskodott). A kétszobás szülőotthont a helyi malomtulajdonos házából alakították ki, amely többször szűkösnek és túlzottan nyilvánosnak bizonyult a helyi nők számára. A pincéjében raktár működött, ahol állandó volt a forgalom, de nagyobb problémát okozott higiéniai szempontból, hogy a vajúdók ágyai közvetlen közelében tárolták a körzeti orvos lószerszámain. A vajúdószoba egy hosszú, keskeny, világos terem volt, amitől egy ajtó választotta el a szülőszobát és a gyerekágyas szobát. Négy fekvőhely és négy fonott kosár állt az anyák és az újszülöttek rendelkezésére. Az otthonban egy szülésznő dolgozott, problémás esetekben hívtak orvost, illetve a rendellenes szüléseket az ennél nagyobb, szamosújvári szülészetre küldték (Kocsis 1997). Vagyis egy más célra épült ház átalakításával jött létre egy több funkciót is betöltő szülőotthon, amely nem aratott osztatlan sikert a falusi asszonyok körében.

Kocsis Rózsi leírásából megtudhatjuk, hogy a szülészeti létrehozása után az idősebb nők, akik már szültek otthon, szégyelltek bemenni az otthonba, „urizálásnak” titulálták az intézményben szülést. Azonban mivel már nem volt bába a faluban, aki kijárt volna a házi szülésekhez, a helyi nők bekényszerültek a szülőotthonba.

¹⁵ A kevés kivételre példa Dévényi Sándorné holokausztnaplója, amelyben központi helyet foglal el a terhesség (Huhák–Széchényi–Szívós 2015).

A kezdeti időszakban a szülésznő meglátogatta a terhes nőket az otthonukban: „Az asszonyok nem szívesen fogadták. Volt, aki bezárta az ajtót előtte, menjen, ahonnan jött, s közben elment a bábánénihez, azzal beszélt. Most még pénzt is ígértek neki [a bábának], csak éppen jöjjön, mert ő biza fel nem menyen a 'tojóházba'. Őt, vén fejével ne kacagja senki! Ő biza nem lesz az az első a faluban. Sírtak, mérgelődtek” (Kocsis 1997:151). A nők kezdeti ellenállása a közösségi megítélés és a szegény mentén rajzolódott ki, azonban nem elhanyagolható a generációk mentalitásváltása sem. Az idegen hely, az új egészségügyi személyzet és a számukra teljesen idegen szituáció félelmet és zavarodottságot szült. Az idősebb nők pedig, akik már átérték az otthoni szülést, nem akartak változást.

Kocsis Rózsit a terhessége vége felé közeledve az idősebb asszonyok igyekeztek ellátni tanácsokkal. Egy ismerős asszony érvelésében például megjelenik a szülőotthon „úri” mivolta, a fiatalabb generáció elkényeztetettségének és a hagyományok felrúgásának a képe: „Mük, mikor elhagytuk a gyermekágyat, ki-mentünk a hathétból, egyenesen a templomba mentünk. Most nem számít, amióta megvan a szüléset, s hordják az asszonyokat fel oda, egy-két hét múlva már a maga lábán megy haza, akármilyen messze laknak. Hol marad a templom? Aztán mihelyt kipottyantak, már inekciót [sic] kell nekik adni. Hej, jobb volt régen otthon szülni! Ott van a gyermekei közt, még eltotyogott a házban. Főzött, sepregetett, s visszafeküdt. Még betöltött a disznónak is egy kis löcsedéket. Tett-vett. De most urak lettek a menyecskék! Az ember mellettük kell álljon, vigyen nekik ennivalót, lesse, mikor hagyják haza...” (Kocsis 1997:153). Az idézet rávilágít, hogy már a terhesség alatt megváltoztak a családon belüli hierarchikus viszonyok, átrendeződtek és alkudozás tárgyává váltak a férfi és a női szerepek bizonyos aspektusai. A terhes nő fizikai állapota és kiszolgáltatottsága révén több erőforrást igényelt, mint korábban, amikor alacsonyabb státuszúként főként ő szolgált ki férje igényeit a háztartáson belül. A szüléssel mindez fokozódott, hiszen az asszony huzamosabb ideig igényelte, hogy mások ellássák őt, és ezért „cserébe” nem kellett megdolgoznia (Oakley 2018:208–213). A közösség szempontjából kevésbé volt fontos, hogy a frissen szült nők otthoni munkája mennyire terhelte a szervezőtöket, inkább az került előtérbe, hogy ezáltal mégis valamit képesek voltak dolgozni a családért. Ebben az esetben a házimunka (főzés, seprés, állatok etetése) felértékelődött, hiszen az anya erőfeszítést tett azért, hogy „hasznosan” töltsen idejét. Szintén fontos az idézetben szereplő rituális aspektus, a templomlátogatás, az asszonyavatás rítusa, illetve ennek elmaradása (Bárh 1999).

A helyi szülésznő egy fiatalabb asszony volt, aki Rózsi szülése idején, 1953 augusztus elsején, szabadságra ment, így ideiglenesen egy idősebb szülésznő érkezett a helyére a faluba. A széki szülőház megnyitása körüli viták élesen megmutatták a szülésznő és a baba közötti különbségeket. Mindez azért fontos, mert bár a szakképzettség és a feladatkör szerinti eltérések ismert és jól körülírt jelenségnek számítanak a szakirodalomban (Deáky 1996, Svégel 2018, Krász 2023), eddig nem került feltárára olyan, első kézből származó néprajzi forrás, amely mindezt ilyen plasztikusan ismertette volna. A szülészetben zajló eseményeket részletező szövegrészben szerepelt a bábákra alkalmazott összes sztereotípi (öreg, részeges, csúnya, képzetlen), amely ellentétben állt a fiatal és jól képzett – ám a falut épp elhagyó – szülésznővel. Vajúdás közben félelem töltötte el Kocsis Rózsit az idős, durván beszélő szülésznő láttán. Bár nem tudjuk meg pontosan, feltételezhető, hogy másodrendű bábaképzőt végzett vagy hasonló, alacsonyabb rangú képzésben részesült: „Ez már nyugdíjba kéne menjen, de nincsenek meg az évei. Bábaként kezdte, csinált valami tanfolyamot. Jó ebbe a sáros faluba! Most ketten, a takarítónő asszonnyal – a volt bábával – jól egyeznek. Még segít is mikor ittas. Nem is tudja az ember melyik az igazi baba? Mind a ketten öregek, és megvan a tapasztalatuk, ennyi az egész. Vénleány volt, olyan élet ünt-féle. Az ivásba, szivarázásba, csúnya, aljas beszédekben lelta az örömét. Legtöbbet részeg,

úgy végzi a dolgát, s ha nem iszik, olyan csúnya, savanyú pofát vág, hogy az ember megijed tőle” (Kocsis 1997:155). Az efféle mentalitáselemek ellenére a kötetben domináns a megszokott, otthoni szülés iránti viszálygyódás. Bár a bábákról számtalan negatív előítélet élt a falusi társadalomban ambivalens, élethez és halálhoz egyaránt kötődő szerepük miatt, pontosan ezért, a megszokott világ szimbólumaként biztos pontot is jelentettek a szülő nők számára (Deáky 1996). Míg az előzőekben a szülőotthon a modernitás, a változás – nem egyértelműen pozitív – jelképeként jelent meg, az alacsonyabb képzettségű, ellenszenvesnek minősített szülésznő kirendelése kapcsán azt láthatjuk, hogy a falusiak nem voltak elégedettek a szolgáltatása minőségével.

A régi csipkeszegi bábát, aki a szülőotthon takarítója lett, éppen a szokások megtartása és a szülő asszonyok igényeinek kiszolgálása miatt marasztalták el. Egy asszony lefizette ezt a bábát, akinek a segítségével „véletlenül” otthon szült. Azonban ahogy az eset kitudódott, az egészségügyi körzet autójával beszállították az anyát és az újszülöttet a szülészetre, a bábának pedig büntetést helyeztek kilátásba a hatóságok, ha folytatja a praxisát (Kocsis 1997:152). Mikor az egyik asszony hasát a szülésznő nem volt hajlandó lekötni, szintén a régi bábát kérte meg rá, hogy segítsen „bevarrni” a gyerekágyas asszonyt, hogy ne maradjon nagy hasa (Kocsis 1997:154). Ez a mozzanat pedig megerősíti, hogy a közösség bábájának munkája az igények kiszolgálását is jelentette, amely bizalmi viszonyra épült a szülő nő, a szűkebb és tágabb közösség, illetve a marginális szerepű bába között (Deáky 1996).

A szülés után Rózsit átvitték a másik szobába, a csecsemőt megfürdették, kosárba tették és az anya ágya mellé helyezték. Mikor hazament a szülészetről, hat hétig a szokásoknak megfelelően otthon kellett maradjon gyerekágyban: „Anyám jön nálunk. – Na elment az urad a mezőre? Én is megyek segíteni neki. Na, aztán ügyelj csak a gyermekre, füröszd meg. Dolgozok én helyetted, leányom, s itt van ez a cucli, én csináltam. Így nőttél te is fel. Na, egészséget, elmentem. Én éppen szoptattam. Nézem az asztalon a fehér rongyból csinált cuclit. Kenyér, cukor van benne, s a végén nagy göcsök vannak kötve, hogy le ne csússzon a gyermek szájába” (Kocsis 1997:159). Az anya és lánya gyermekgondozási és nevelési elvei közti eltéréseket szimbolizálja a cucli megítélése is: míg az anya jó szándékkal hozta el lányának – a ma már bizonyítottan egészségre és fejlődésre káros, ám akkor elfogadottnak minősülő – rongycumit, Rózsának ellenérzései támadtak a számára szegénységet jelképező tárggyal kapcsolatban (Deáky–Krász 2024:198–213). Bár nem az egészség-betegség dichotómia mentén, inkább a szegénység-módosság viszonyrendszerben értelmezte a rongydarabkát, mégis megtörte a kialakult gyermekgondozási mintát a cucli elvetésével, ami egy mentalitásbeli változást jelez.

A gyerekágyas asszonynak a szokásrend szerint minden nap más vitt főtt ételt, hol a komák, hol a keresztanya jött látogatóba. Rózsai keresztanyja sokgyermekes és tapasztalt anyaként, megosztotta vele saját meglátásait a gyereknevelésről. Egyik alkalommal meg is mutatta, miként kell bepólyálni a csecsemőt, majd elmondta hányszor kell egy nap kibontani, tisztába tenni, és legjobbnak tartotta, ha éjjel nem kel fel hozzá az anyja – ha sír a kicsi, akkor sem – és nem szoptat, csak nappal: „Jó délutánra jár az idő, a gyermek nyöszörögni kezdett. Éhes. Jó, hogy elment [a keresztanya], tisztába teszem. Kibontottam a szorosan lekötött pólyából. Csak úgy nyújtózott az a pici gyermek. Nem győzött eleget rúgdosódni. Sajnáltam, tisztába tettem, s újból úgy lekötöttem, sze más is így csinálja” (Kocsis 1997:162). Ezek a nevelési elvek (szoros pólya, sírni hagyni) általánosnak számítottak a paraszti társadalomban, amelyet egyfelől magyaráz az érzelmkimutatás elfogadott, sőt elvárt hiánya, a praktikus gondolkodás, valamint a csecsemők társadalomban betöltött szerepe (Deáky–Krász 2024:193–198). Különböző élethelyzetekre is ajánlott a keresztanya a szoptatáshoz és az anyatejhez kötődő népi gyógymódokat. Az arc bőrpírja, a szem vörössége vagy a vágott seb kezelésére a

frissen fejt anyatej jelentett gyógymódot. Az újdonsült anya azonban viaskodott saját megérzéseivel, és bár nem lázadt a falu szokásrendje ellen, érezte, hogy nem a lehető legjobbat cselekszi.

Az éjszakázás, a pelenkamosás nem a munka, hanem az újszülött iránt érzett szeretet keretében értelmeződnek a szövegben. A szeretet gondoskodással történő implicit megegyeztetése pedig elfedi a reprodukív munka materiális valóságát. Az élet újratermeléséhez szükséges gondoskodó munka – bár nagyon erős, társadalmilag legitimált és el is várt érzelmek tapadnak hozzá – mindenekelőtt munka, amely idő- és energiabeefektetést igényel a szülőktől, leginkább az anyától. Az efféle tevékenységek kellemetlensége így átváltozhat pozitív érzelmi töltetűvé, mert nem rajtuk, hanem a csecsemő jólétén, életben maradásán van a fókusz. Épp az ilyen erős érzelmek miatt lehetetlenül el sok esetben a gyermekgondozás, -nevelés, és-ápolás munkaként pozicionálása. Az ellentétes érzelmekhez kötődő értelmezési keretek pedig nem férnek meg egymás mellett egy világképben. Abban a keretben, ahol az anya-munka inkább szakrális tartalommal bír, értelmezhetetlen e tevékenységek munka mivolta. Ahol az anya-munka inkább társadalmi értékkel bír, ott pedig nehéz magyarázatot adni rá, miként egyeztethető össze az anya-munka érzelmi és produktív oldala (Ladd-Taylor 1994).

OTTHON VERSUS KÓRHÁZ: KÉT GENERÁCIÓ

Az erdélyi női önéletírások közül – az 1933-ban született – Diószegi Anna hóstáti asszony önéletírásában olvashatunk hosszabban a szülés kérdéséről, amelyben a húga születésére (1945) és a saját szüleiére (1954 és 1963) emlékezett vissza. Ebben a részben a szülés helyszínének változását és e változás megítélését tárgyalom két generáció tapasztalatainak összevetésével. Az előző forráshoz, Kocsis Rózsi önéletírásához hasonlóan, itt is megjelenik a munka és pihenés problematikája, a gondoskodó munka milyensége, a generációk eltérő hozzáállása, valamint a bába, a szülésznő megítélése is. Ezen felül a román-magyar különbségtétel is szerepet játszik a Diószegi életrajz szüléstörténeteiben, ami Kocsis Rózsínál nem jelent meg. A Diószegi önéletrajzban kevesebb konkrétummal és erősebb személyes narratívával találkozunk, így a családi háttéréről és a szöveggondozásról is kevesebb információ van. A kiadásban meghatározó volt a folklorista Nagy Olga, illetve a romániai magyar narratológia kiemelkedő kutatója, Keszeg Vilmos szerepe.

A szövegben a történet idején ötödik osztályos, tizenkét éves kislány emlékeit láthatjuk visszaköszönni. Diószegi Anna édesanyja az 1940-es évek közepén szülte meg otthon Anna testvérét, bába segítségével. A szülés idején az otthoni tér is átalakult: az apa a kislányt a szomszédba küldte éjszakára, hogy ne zavarja az anyát és a bábát. Így a hétköznapi használatból kiszakadó otthon a bába munkájának színterévé vált. A vidéki társadalom szokásai szerint már munkaképesnek számító lánytestvérnek segítenie kellett a csecsemő körüli munkákban. A vízforralás, a főzés, a csecsemő kiegészítő táplálása (teával cumisüvegből), valamint a pelenkamosás is a feladatai közé tartozott. Ezen túl a szomszédok, a komák is segítettek étellel ellátni a családot (Diószegi 2002:35–38). Tehát a munka szempontjából azt láthatjuk, hogy a gyerekágyas nő feladatait a közeli nőrokonok vették át ideiglenesen, amely alól nem volt kivétel a tizenkét éves kislány sem, ezzel is felkészítve őt a későbbi hagyományos női munkákra.

A gyerekkori emlékekben az apa kulcsfontosságú, összekötő szereplő a szülés körül segítő bába és a szülő anya között: „Az volt a szokás, hogy amikor az anya jelezte a szülést, az apa szekérrel elmegy a bábaasszonyhoz, ő összeszedi a kellékeit, fölül a szekérre, és jönnek. Mikor a Marikánk is született, a bábaasszony mindent elvégzett Anyám és a gyerek körül, és még arra is gondolt, ha esetleg valami baj adódik, ő kéznél legyen” (Diószegi 2002:37). Az apa vagy a férj segítő szerepének megjelenését az önéletírásokban több faktor is befo-

lyásolta. Ezek közül elsődleges a házastársak közti kapcsolat milyensége, ami szorosan kapcsolódott a család többi tagjával való viszonyhoz. Diószegi esetében az apa – majd később a saját férje is – pozitív figuraként jelenik meg a szövegben. Kapcsolatukat nem a konfliktus – ahogy Kocsis Rózsi esetében láthattuk –, hanem a közösség érzése hatotta át. A férjét következetesen páromnak nevezte a szerző, ami egy, a hagyományos társadalomban megszokottnál egyenrangúbb viszonyra utal (Svégel 2021).

A leírás szerint „akkor az anyák többsége otthon szült, csak ha valami komplikáció állt fenn, úgy hívták a mentőt. [...] Azokban az időkben, úgy 1940–50-ig az ő keze alatt jöttek a világra a gyerekek. Húséges asszony volt, igyekezett a tőle telhetőt megtenni. Olykor még egy-egy levest is főzött a betegnek, vagy kamillateát a picinek. Néha még pelenkát is mosott, hogy legyen száraz mindig. Sokáig ült Anyuka mellett, és jó tanácsokkal ellátta” (Diószegi 2002:37). Az idézet arra mutat rá, hogy a Kolozsvár külterületének számító Hóstátban okleveles bába látta el a szülő nőket, tehát nem képzetlen parasztbábáról, hanem egyetemi képzettséggel rendelkező egészségügyi szakemberről van szó. Az előző példánktól eltér a hely jellegzetessége is: míg Szék elzárkózó faluként jelent meg, Hóstát egy urbánus település perifériája volt, ami hatott az egészségügyi körülményekre is.

A két világháború közötti visszaemlékezésekből tudható, hogy az okleveles szülésznőknek is kötelességük volt ellátni a gyerekágyas anyákat egy-két hétig a szülés után (Szécsi 1998). Azonban erősen változó képet mutat, hogy mi tartozott a kötelességeik közé. Már a Monarchia idején is több ízben eltiltották a bábákat a szennyeződéssel való érintkezéstől, hogy ne terjesszék a fertőző betegségeket az anyák között (Deáky 1996). A falusi társadalom szokásrendje azonban megkövetelt olyan segítséget is, amely adott esetben állami és szakmai tilalom alá esett. Az anyára és az újszülöttre való főzés bár nem esett tilalom alá, mégsem tartozott a bába kötelességei közé, így inkább gondoskodó, közösségi cselekvésként értelmezhető. A pelenkamosás azonban egyértelműen megmutatja a közösség és a helyi asszonyok iránti gondoskodó, szakmai korlátokat áthágó attitűdöt. Tehát a hétköznapi élet eseményei által láthatóvá válik, hogy amikor bábákról és szülésznőkről, medikális és tradicionális szemléletről beszélünk, egyáltalán nem egyértelmű, mely esetben merre billent el a mérleg nyelve.

Diószegi Anna édesanyja a szülést követő egy éven belül meghalt. Így a korán félárvaságra jutott kislánynak kellett átvennie az anyai szerepet és felnevelnie a kishúgát, Marikát. Ez egyfelől felkészülésként is értelmezhető a későbbi gyereknevelő munkára, másfelől az édesanya hiánya negatívan hatott a saját házasságára és szülésére való felkészülés szempontjából. Anna az első gyermeke születéséről (1954) számolt be bővebben az önéletírásában. A fiatal nő a házassága első évében teherbe esett, és a hírt korán megosztotta a férjével: „Anyósomnak meg a sógornőmnek sehogy se akartuk megmondani, mert szégyelltük, hogy már az első évben gyerekünk lesz. Akkor még a hóstáti körökben uralkodott egy olyan előítélet, hogy az gondatlanság, hogy előbb gyerek szülessen. Először meg kellett szerezni a házat, földet, és csak azután gondolhattunk volna a családalapításra” (Diószegi 2002:162). A férje családja – akiknek a házában laktak a fiatal házasságok – nem is nézte jó szemmel a korai gyerekáldást, a leendő apa azonban örült a terhességnek. Anna úgy érezte, hogy a család az illegális magzatelhajtást tartotta volna helyes lépésnek, és amikor világossá vált számukra, hogy ez nem fog megtörténni, nem tanúsítottak iránta kíméletet a munkában.

Míg közel tíz évvel korábban Anna édesanyja még az otthonában szült (magyar) bába segítségével, addig saját szülése már kórházban zajlott: „1954. november 19-én reggel úgy 3–4 óra lehetett, amikor valami felébresztett. Tudtam, hogy a szülés hamarosan bekövetkezik, de el sem képzeltem, hogy miként kezdődik.

Arra emlékszem, hogy mikor a húgom, Marika született, szegény Anyukám alatt hatalmas tócsa lett egyből, de arra nem gondoltam, hogy velem is ez történik” (Diószegi 2002:166). A szövegből világossá válik, hogy a fiatal nőnek nem sok előzetes tudása volt a szülés mikéntjéről. Gyerekként nem láthatta, és – korai halála miatt – az édesanyja sem készíthette fel a lányát az eseményekre. A szerző emlékezetében csak utólag kapcsolódott össze a magzatvíz és a szülés, a hasonlóság az anyja és saját élményei között. Ez némiképp árnyalja azt a nézetet, miszerint a rurális társadalomban a sok gyerek születése miatt a nők automatikusan fel voltak készülve a szülésre.

A szövegben nincs utalás arra, hogy az otthoni szülés szóba került volna mint alternatív lehetőség: „Reggel, mikor felkeltem, valami furcsát éreztem, azért összecsomagoltam egy táskába mindent, ami kell, ha kell menni a szülészetre, de azért odatettem melegedni a dagasztó vizet. Utána néhány perc múlva jött egy erős fájdalom a hasam tájékán, és lassan szívároggni kezdett valami víz, mind több és több. Akkor döbbsentem rá, hogy jaj Istenem, kezdődik a szülés” (Diószegi 2002:166). A kórházi tartózkodást felkészülve várta a terhes nő, tehát tervezett volt az intézményi szülés: „Miután imádkoztam, felköltöttem a férjem és mondtam, hogy kéne menni telefonálni a mentőknek, mert eljött az idő. Ő ugrott is rögtön, felöltözött és szaladt le az autógarázshoz telefonálni. Jött is szegény szaladva vissza, de én közben nekifogtam dagasztani, mert megszűntek a fájdalmak, és már meleg volt a dagasztóvíz. Már összekevertem a lisztet a vízzel, mikor a mentőorvos bejött szép lassan a házba” (Diószegi 2002:167). A modernitás materiális oldala is megjelent az elbeszélésben: a kórházi táskák, a telefon, a mentő mind egy urbanizált, modern környezet tárgyi világát testesítik meg. Ebben az esetben is az apa, a férj játszotta az összekötő szerepet, csak már nem a baba és az anya kapcsolatában, hanem a kórház, mentőorvos, szülő nő láncban. Emellett megjelent a falusi világot jelképező házi kenyérsütés előkészülete is. Az előrehaladott terhes állapotban lévő nő számára ekkor is elsődleges volt a napi munka elvégzése, és ahogy később látni fogjuk, a munka befejezetlensége nem hagyta nyugodni.

A vajúdjó nőt mentő szállította a kórházba, ahol egy román orvos, egy nővér és egy szülésznő is jelen volt, utóbbi kettő vezette a szülést. A szövegben mellékesen ejti el a szerző, hogy a szakemberek román anyanyelvűek voltak, nem problematizálja a nyelvi és etnikai különbségeket. A nővér utasításai is a kényelem szempontjából jelennek meg, nem a román-magyar különbségtétel viszonyában: „Engem egy várószobába kísért egy nővér és mondta, hogy vetkőzzem le és a ruhámat vigyem a raktárba. Le is vetkőztem és összeraktam sorba a kis ruháim. [...] Ott valami kis falépcső állt a szülőasztal mellett, azon kellett felmászni az asztalra. Megvizsgált a szülésznő és mondta, hogy még kell várni, menjek a pihenő szalonba. [...] Az ágyon nem éreztem jól magam, csak a kis falépcső legalsó fokán ülve. De ott a szolgálatos nővér nem engedte, hogy üljek, mert azt mondta, hogy veszélyes. Lehet egy könnyű szüléssem, és a baba a betonra esik. Én még azonkívül ideges is voltam, mert mind a kenyértészta járt az eszemben, amit ott hagytam félig dagasztva” (Diószegi 2002:167). Bár Anna nem tulajdonított különösebb jelentőséget a szülés közbeni testhelyzetének, a kórházba kerülés ezt is megváltoztatta. A szülő nőnek nem engedték, hogy ülve vajúdjon és szüljön, az ágyban fekvő testhelyzet kötelező gyakorlatként jelent meg a szövegben. Tehát a normatívvá váló szülési helyzet és technika is a mikroszintű biohatalmi kontroll részét képezte.

Az egészségügyi személyzet és az állami kontroll, illetve az intézményes segítségnyújtás tekintetében megjelenik még a szövegben a gyerekorvos és egy későbbi szülés kapcsán a védőnő is. A kórházból való hazatérést követően az újdonsült anyát a gyerekorvos látta el tanácsokkal a szoptatásról, a csecsemő ellátásáról. Vagyis az orvosi tudás már jelen volt a hóstátiak életében, és néhány ponton egybevágott a nagyszülők generációjának tudásával: mind a komaasszony, mind az orvos a levesek és főzelékfélék fogyasztását javasolta,

hogy elegendő teje legyen az anyának.

Diószegi Anna második gyereke majd egy évtizeddel később, 1963-ban született meg, nehéz, veszélyeztetett terhesség után. Egy ehhez kapcsolódó történetben helyet kapott a román Dina nővér, akinek feladatköre a kerületi védőnőkének felelt meg: *„Biztatott, hogy ne csüggedjek el, mert helyrejövek, csak jól táplálkozzak és sok vitaminos ételt fogyasszak, mert amíg a kisfiú a hasamban volt, az energiakészletemet elfogyasztotta, és most újra kell termelni. Én csak hallgattam a nővér jó tanácsait és szükségem is volt rá, mert ő gyakrabban járt hozzánk, mint a családtagok. Elmagyarázta türelemmel, hogy milyen leveseket főzzek, hogy gyűljön tejem”* (Diószegi 2002:202). Ebben az esetben a magyar anya és a román nővér egy keveréknyelven, erős gesztikulációval értették meg egymással a mondandójukat, ami néha komikus szituációt idézett elő. Anna szempontjából a nővér kedvessége és segítőkészsége volt elsődleges, jól megértették egymást a nyelvi nehézségek ellenére is. Tehát míg Kocsis Rózsi esetében a bába szempontjából a negatívumok (udvariatlanság, pizskosság) jelentek meg a saját lokális és etnikai környezetén belül, addig Diószegi Anna esetében inkább pozitív, interetnikus kapcsolatok rajzolódtak ki.

A bemutatott két – közel egyidőben, de más környezetben megélt – példa segítségével láthattuk a szülés intézményesülésének különböző stádiumait. Az otthoni, szülőotthoni és kórházi szülések a személyes források tükrében más-más fénytörést kaptak. Ezen túl, és éppen a személyesség miatt, nem elhanyagolható az önéletírások szerzőinek személyisége, mentalitása, életeseményei és tapasztalata, amely erősen meghatározza a terhességhez és szüléshez kapcsolódó élmények milyenségét. Kocsis Rózsi esetében alapvetően egy negatívabb képet látunk a szülőotthonnal és az új szülésznővel kapcsolatban, ami betudható a széki társadalom elzárkózó, hagyományörző mentalitásának, illetve a szerző negatív élettapasztalatainak is. Diószegi Anna önéletírása egy ennél pozitívabb képet tár elénk mind a helyszínváltás, mind az egészségügyi személyzet tekintetében. Ez szintén magyarázható az urbanizálódott életformával, illetve a szerző életszemléletével. Természetesen nem elhanyagolható a szövegkiadás helye és ideje sem: bár mindkettő a Szovjetunió összeomlását követően, öt év különbséggel jelent meg, más kiadónál és más szöveggondozóval.

A SZÜLETÉSKULTÚRA VÁLTOZÁSA

Az eddig tárgyalt mikroszintű példáink után az erdélyi születéskultúrát helyezem tágabb perspektívába, korabeli néprajzi adatok segítségével. A bábáság történetéről, átalakulásáról magyar nyelvterületen Deáky Zita munkássága nyújtja a legteljesebb képet. Az interetnikus kapcsolatokról, a szokások változásáról és hallgatólagosan az illegális magzatelhajtásokról is képet ad az 1980-as években, Városfalván (Hargita megye) végzett kutatása, amelyben egy okleveles bába, Keszeg Ilona szakmai életútját tárta fel (Deáky 1996).

Keszeg Ilona 1933-ban szerzett oklevelet a marosvásárhelyi Nőgyógyászati Klinika magyar nyelvű bábaképzésén. Ezt követően közel ötven évig – az 1980-as évek elejéig – a faluban működő bába kezdetben a szokások, hagyományok és az egészségügyi ismereteinek ütközését tapasztalta. A bábával készített interjúk alapján azt láthatjuk, hogy a helyi asszonyok lassan megszokták és idomultak a bába által – számukra új ismeretek alapján – megkövetelt szokásokhoz. Az egészség-betegség diskurzus tekintetében a helyi nők lassan belenyugodtak, hogy az okleveles bába már nem végezte el a mosást és a gyerekágyas gondoskodó munka „pizskos” részét, amely a korabeli egészségügyi ismeretek alapján már tiltott volt a bábák számára a fertőzésveszély miatt. A bába állítása szerint, a környékbeli paraszt és cédulás bábákkal¹⁶ ellentétben, nála egy nő

¹⁶ A századfordulón képzettségi szint alapján rétegződött a bábátársadalom: a képzetlen parasztbábáktól, a helyi orvos által tartott

sem halt meg magzatelhajtás következtében. Bár a szöveg nyíltan nem mondja ki, de feltételezhető, hogy a szóban forgó bába is rendszeresen végzett illegális terhességmegszakításokat. Deáky szerint e tevékenység elvárt volt a közösség asszonyai részéről, valamint a tanult bába és a helyi nők közötti bizalmi viszonyt erősítette. A bába jól végzett munkájának eredménye volt, hogy a közeli, jobb anyagi helyzetben lévő szász és román családok is őt hívták a szülésekhez. A nyelvi akadályok leküzdésére Keszeg Ilona folyamatosan tanult románul és németül, és ebben az általa látogatott családok is segítséget nyújtottak. A kliensi kör kiterjesztéséhez hozzájárult, hogy 1950 után körzeti szülésznő lett: ekkor már nyolc településből álló hálózatot kellett ellátnia (Deáky 1996).

A szülés helyének és módjának megváltozásáról az erdélyi néprajzkutató, Balázs Lajos születésre koncentrááló monográfiája (1999) is értekezik, amelynek anyagát a szerző 1985 és 1997 között gyűjtötte. Ebből tudjuk, hogy az 1950-es években több okleveles bába dolgozott Csíkszentdomokoson, közülük kettőt állítottak párhuzamba Balázs adatközlő: a hagyományokat jobban betartó, másodrendű képzettséggel rendelkező bábát és a diplomás, „úri” bábát. Az adatközlők által csak Emerka néniként emlegetett bába Székelyudvarhelyt végezte el a hathónapos másodrendű bábaképzést (Balázs 1999:77). A falusiak benne jobban megbíztak, mivel szemlélete közelebb állt a lokális gondolkodáshoz és mentalitáshoz: aki tehette, őt hívta szüléshez. Vele szembeállították Éva nénit, akit „úri bábának” neveztek. Bár tehetségesnek vélték, tartottak tőle, mert nem volt annyira közvetlen a parasztasszonyokkal, holott ő is paraszti közelebből származott. Vélhetően az iskolázottsága vagy eltérő mentalitása által okozott szociokulturális távolság volt, ami kevésbé tette népszerűvé őt a helyi nők körében. Vagyis azt látjuk, hogy nem egységes a kép az okleveles bábák megítélése szempontjából. Figyelembe kell vennünk továbbá, hogy míg Deáky kutatása a bábát helyezte a tanulmánya középpontjába, az ő elmondásából táplálkozott információinak zöme, addig Balázs adatai a helyben szült nőkkel készített interjúkból származnak, nem a bábaktól. Tehát a sok egyéb befolyásoló tényező mellett fontos, hogy az adott szakszöveg kinek a szemszögéből és milyen adatokból épül fel.

Figyelemre méltó, hogy Csíkszentdomokoson már 1941-ben létesült olyan egészségház, amelyben volt szülészeti részleg, majd 1951-ben szülőotthon nyílt a faluban (Balázs 1999:74–76). Az adatközlők említették még Karcfalvát, Csíkszeredát, Balánbányát és Székelyudvarhelyt is, ahol meg nem nevezett típusú szülésre alkalmas egészségügyi intézmény működött, és a helyiek közül volt, aki oda ment szülni. Az asszonyok véleménye megoszlott a szülészetről: sokan preferálták az otthoni szülést, főként a kórháztól való félelem és az otthon szeretetteljes, biztonságos légköre miatt. Ennek ellenére lassan ott is megindult a változás a század közepén. Balázs Lajos adatközlő szerint azonban sokáig nem mentek be a szülőotthonba azok a nők, akiknek már volt tapasztalatuk szülés terén, inkább bábát hívtak a házhoz. A bába jelenléte nemcsak biztonságot, de kényelmet is jelentett: az intézményben ugyanis nem látták el a gyerekágyas anyákat úgy, ahogy a hagyományos bábák, míg akinek volt rá pénze és megfizette, egy hétig igénybe tudta venni a bábai gondoskodást. Vagyis a bábával történő, otthoni szülés egyfajta presztízsjelzőként is funkcionált. Emellett olyan véleményekkel is találkozhatunk a kötetben, ami szerint az intézményi tartózkodás során több lehetőség nyílt a pihenésre az otthonihoz képest, mivel otthon a nőknek az újszülöttről és a többi gyerekről, valamint a háztartásról is gondoskodnia kellett volna a gyerekágyas időszak elejétől fogva (Balázs 1999:74–76). Tehát a szülés körüli időszak értelmezhető a munka, a pihenés és a munkára való felkészülés szempontjából is.

pár hetes oktatásban részesült cédulás bábák és a másodrendű – 3–5 hónapig képzett – bábákon keresztül az okleveles – legalább 6 hónapos, majd kétévesre bővített egyetemi kurzust végzett – bábákig. Az első három csoport tagjai főként falvakban és tanyákon működtek, míg az okleveles bábák inkább a városokban dolgoztak (Deáky 1996:165).

A csíki területhez kapcsolódó másik adatunk Csíksomlyóról származik. A Salvator Egészségház 1937-ben nyitotta meg a kapuit, amely létrehozásában a Szociális Testvérek Társasága, a Katolikus Nőszövetség és Nagy András orvos is közreműködött. Az intézményben szülészeti részleg is volt, ahol két év alatt 100 szülés zajlott le. A bábák mellett az intézmény saját orvost is alkalmazott 1938-tól (Bokor 2023).

Már az ezredforduló után végzett terepkutatások közül kiemelkedő Csonka-Takács Eszter 2005-ben végzett gyimesközéploki vizsgálata. Ez a kutatás is megerősíti, hogy az otthoni szülés az 1950-es évekig volt általános Erdélyben, és az 1960-as évektől terjedt el a szülőotthonban szülés, mivel *„ettől az időtől kezdve meglepően nagy számban működtek ilyen kórházon kívüli intézmények a régióban”* (Csonka-Takács 2006:32). A település három szülőotthona maradt meg a gyimesi adatközlők emlékezetében: a hidegségi barackos-völgyi, a középloki nagytemplommal szembeni és a felsőloki szülőotthon. Csonka-Takács (2006) szerint ezek az 1970-es–1980-as évekig működtek, majd a bezárásukat követően a csíkszeredai kórházba jártak szülni a nők. Ebből azt látjuk, hogy a Gyimesben is működő struktúra, tehát tágabban az 1950-es évektől az 1980-as évekig értelmezett időszakban jellemző szülőotthoni szülés nem különbözött korábban részletesen tárgyalt példáinktól. Más kérdés, hogy nem tudjuk, ezek a szülőotthonok felszereltség és szakszemélyzet tekintetében milyen ellátottságúak voltak. Csupán feltételezhetjük, hogy többnyire kisebb, esetleg közepes méretű szülőotthonokról lehetett szó.

A fentiekén túl, az erdélyi magyar kisebbségre vonatkozó megéléstörténetekről több lokális kutatásból is tájékozódhatunk. Csíkbán a csángók között Benedek H. Erika néprajzkutató végzett gyűjtést az 1990-es években. A vizsgálata szerint az 1960-as évekig általános volt a csángók között az otthoni, képzett bábával szülés. Majd ez az állapot az 1990-es években tért vissza, de eddigre már eltűntek a szakképzett bábák. Az adatközlői nem szerettek kórházban szülni: ha választhattak, otthon maradtak. A szülést legkönnyebbnek térdelő pozícióban gondolták (Benedek H. 1997).

Nagy Emőke etnográfiai vizsgálatát Pusztinán, egy moldvai csángó településen végezte, ahol az 1960-as évekig volt elterjedt az otthoni szülés, holott már a harmincas évektől volt orvosi rendelő a faluban. A korai intézményi szülésekre jellemzőnek tartotta, hogy a nők a kórházban/szülőotthonban is megpróbálták az otthoni szüléseket rekonstruálni: földön, guggolva szültek. A pusztinai csángók között megjelent az a gondolat is, hogy a szülés idején a baba jelenléte fontosabb, mint a segítsége; a munkája inkább az újszülött körül fontos. A helyi bábák hagyományozódás útján szerezték tudásukat, és a kórházi szülések elterjedése után is volt szerepük, az újszülötthöz és a gyerekágyas asszonyhoz hívták segíteni (Nagy 2003).

Az erdélyi születéskultúra változása kapcsán több kérdés is felmerül. Az eddigi néprajzi vizsgálatok úgy vélték, hogy az elzártabb, hagyományőrzőbb településeken fennmaradó bábáság intézménye az infrastrukturális hátrányokkal magyarázható. Összehasonlító vizsgálatok hiányában nem tudjuk, hogy Romániában volt-e – és ha igen mekkora – különbség a magyar- és románlakta területek között a bábáság intézményének fennmaradása szempontjából. Az elérhető szórványos adatok alapján azt tudjuk, hogy Magyarországon a hagyományos bábáság és az otthoni szülés intézményének megszűnése a „hosszú ötvenes évek” időszakára tehető, azonban számolnunk kell a területi különbségekkel is. Ekkora a két világháború közötti időszak nemzeti törekvéseihez kapcsolódó egészségügyi fejlesztések, majd a szovjet modell átvétele jelentette újabb medikalizációs hullám végleg felszámolta a hagyományos szülés intézményét. Az erdélyi magyar közösségek esetében nagyobb különbségekkel kell számolnunk a születéskultúra diverzitása tekintetében, azonban a bábáság továbbélése mellett már az 1940-es évektől, de legkésőbb az 1950-es évek elejétől láthatjuk a

szülőotthonok és egészségházak megjelenését, amely átalakította a szülésről alkotott elképzeléseket. Továbbá azt is figyelembe kell vennünk, hogy az orvosi fennhatóság erősödése nem pusztán a helyszínváltáshoz kötődik, hiszen házhoz is hívhattak orvost vészhelyzet esetén, illetve ahogy fent láthattuk, az okleveles bábákat is érzékelhette a közösség a hivatalos egészségügy képviselőjeként.

ÖSSZEGZÉS

A tanulmány a szülés 20. század közepi intézményesülésének folyamatait vizsgálja, a romániai magyar kisebbség körében, mikroszintű források alapján. Két paraszti női önéletírás elemzése révén rekonstruáltam a szülőotthon mint új intézmény megjelenéséhez kapcsolódó megélt tapasztalatokat: a félelmet az ismeretlentől, az intergenerációs viszonyokban megjelenő segítséget és feszültséget, a reprodukív munka lokális megítélését, valamint az intézményes szülés gyakorlatát övező normák alakulását. A szülőotthon mint átmeneti, köztes tér egyszerre jelenítette meg a modern egészségügyi elvárásokat és a tradicionális gyakorlatok továbbélését. Rávilágítottam azokra a konfliktusokra is, amelyek a hagyományos bábák és a modern szülész-nők, illetve a különböző generációk gyereknevelési szemléletei között alakultak ki. A mikroszintű források alapján láthattuk, hogy a testek ellenőrzése nem csupán az államhatalom szabályozása révén, de a hétköznapi, interperszonális viszonyok és lokális normák által is végbement.

A vizsgálat a korábbiakhoz képest forrásanyagában mutat újdonságot, és hasonló képet rajzol ki, mint az elmúlt közel negyven év magyar nyelvű néprajzi gyűjtései. Az itt megidézett vizsgálatok eredményei is megerősítik, hogy a hagyományőrzőbb erdélyi településeken is részlegesen kiépült egészségügyi struktúrákkal számolhatunk az 1930-as évek közepétől, az 1940-es évek elejétől. A terhesség és a szülés intézményesítése pedig a kisebb településeken is megfigyelhető volt már az 1950-es évek elejétől. Mindez egybevághat a tágabb, magyar és európai perspektívában megfigyelhető medikalizációs jelenségekkel.

HIVATKOZÁSOK

- Balázs L. (1999) *Szeretet fogott el a gyermek iránt: A születés szokásvilága Csíkszentdomokoson*. Csíkszereda: Pallas-Akadémia.
- Bárth D. (1999) Asszonyavatás. *Ethnographia*, 110, 359–398.
- Benedek H. E. (1997) A terhesség, szülés, csecsemőgondozás múltja és jelene egy moldvai csángó faluban. In Pozsony F. (szerk.) *Kriza János Néprajzi Társaság Évkönyve 5*. Kolozsvár: KJNT, 56–72.
- Bokor, Zs. (2023) “Separation is Required in Our Special Situation”: Minority Public Health Programs in Interwar Transylvania. *Hungarian Historical Review*, 12(3), 395–432. <https://doi.org/10.38145/2023.3.395>
- Bruner E. (2023) A zsidók szociális munkájának „modern gyermeke” – A Weiss Alice Gyermekágyas-otthon története. *Esély. Társadalom és szociálpolitikai folyóirat*, 34(2), 36–51. <https://doi.org/10.48007/esely.2023.2.3>
- Csákány M. Gy. (2007) Él-e még a Tauffer-statisztika? Ha igen, mi ez, és mi a haszna? *Magyar Orvos*, 15, 33–35.
- Csonka-Takács E. (2006) *A születési rítusok és hiedelmek szerepe a közösség kapcsolatrendszerében Gyimesközélpokon*. (PhD értekezés) Budapest: ELTE BTK. Elérhető: <https://doktori.btk.elte.hu/folk/csonkatakacs/diss.pdf> [Letöltve: 2025-12-02].
- Deáky Z. (1996) *A bába a magyarországi népi társadalomban (18. század vége – 20. század közepe)*. Budapest: Centrál Európa Alapítvány.
- Deáky Z. – Krász L. (2024) „Lészen az Istennek áldásából magzattyok...” Születés és anyaság a régi Magyarországon, 16. század – 20. század eleje. Budapest: Bölcsészettudományi Kutatóközpont Történettudományi Intézet. (második kiadás)
- Diószegi A. (2002) *Életem története. Emlékek a kolozsvári Hóstatról*. Kolozsvár: Kriterion.
- Földes B.-né (összeáll.) (1982) *Szülészeti rendtartás statisztikájának adatai 1931–1979*. Budapest: Egészségügyi Minisztérium.
- Hanulík, V. (2019) Female Midwifery in the Czech Lands 1850–1950: A Career on the Decline. *Theatrum Historiae*, (25), 129–144.
- Huhák H. – Széchenyi A. – Szívós E. (szerk.) (2015) *Kismama sárga csillaggal. Egy fiatalasszony naplója a német megszállástól 1945 júliusáig*. Budapest: Jaffa.
- Hrešanová, E. (2018) The island of alternatives: Power, medical science, and “gentle birthing” in socialist Czechoslovakia. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 73(1), 73–95. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrx056>
- Kassner, E. (2019). Between home and hospital: Midwives and their maternity wards in postwar Poland (1945–1970). *Theatrum Historiae*, 25, 109–127.
- Kisdi B. (2013) *Mint a földbe hullott mag. Otthon szülés Magyarországon – egy antropológiai vizsgálat tanulságai*. Budapest: L’Harmattan.
- Kligman, G. (1998) *The Politics of Duplicity: Controlling Reproduction in Ceausescu’s Romania*. Los Angeles: University of California.
- Klopper Zs. (2015) Losonczy Ágnes gyűjteménye. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 3, 256–261.
- Knibiehler, Y. (2007) *Accoucher: Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Éditions de l’École Nationale de la Santé Publique.
- Kocsis R. (1988) *Megszépült szegénység. Vallomások a gyermekkoról*. Bukarest: Kriterion.
- Kocsis R. (1997) *Remények és kétségek között. Egy asszony életútja*. Székelyudvarhely: Erdélyi Gondolat.
- Kocsis R. (2000) *Nyitott könyv a lelkem. Egy anya vallomása*. Budapest: L’Harmattan.
- Krász L. (2003) *A bába történeti szerepváltozása a 18. századi Magyarországon*. Budapest: Osiris.
- Ladd-Taylor, M. (1994) *Mother-Work: Women, Child Welfare, and the State, 1890–1930*. Urbana: University of Illinois.
- Long, J. (1999) *Telling Women’s Lives. Subject/Narrator/Reader/Text*. NYU Press.
- Losonczy Á. (1986) *A kizsármózottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.
- Losonczy Á. (1991) Az új élet kihordása: szülés, születés. In Hanák K. (szerk.) *Terhesség – szülés – születés II*. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet, 5–39.
- Losonczy Á. (1999) A legnagyobb életforduló: gyerekvárás, szülés, születés – a társadalomkutató szemével. In: *Várakozás, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrában*. Budapest: Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság, 104–117.
- Madzsar J. (1915) Az anya- és csecsemővédelem szervezése. *Fővárosi Közlöny*, február 5. 2–7.
- Memmi, D. (2012) Egy érzékeny terület igazgatása. Ésszerű magatartás és test általi felügyelet a szülés és halál kapcsán. *Replika*, 79, 77–90.

- Nagy E. (2003) „Megszabadultak.” A szülés szokásköre és hiedelmei egy moldvai székelyes csángó településen. In Szabó Á. T. (szerk.) *Lenyomatok 2. Fiatal kutatók a népi kultúráról* (Kriza Könyvek, 19.) Kolozsvár: KJNT, 177–187.
- Nagy O. (1989) *A törvény szorításában. Paraszti értékrend és magatartásformák*. Budapest: Gondolat.
- Nagy O. (1995) *Pályakép fénnel és árnyékkal. Egy néprajzos emlékei*. Székelyudvarhely: Erdélyi Gondolat.
- Nagy O. (2016) *Hagyományőrző népi kultúra. Társadalomnéprajzi vizsgálat Széken*. Kolozsvár: KJNT.
- Oakley, A. (2018) *The Sociology of Housework*. Bristol: Policy.
- Pető Á. – Waaldijk, B. (szerk.) (2007) *Teaching with Memories: European Women's Histories in International and Interdisciplinary Classrooms*. Galway: Women's Studies Centre.
- Pető Á. – Svégel F. (2024) Nationalism, pronatalism, and the Guild of Gynecology: The complex legacy of abortion regulation in Hungary. *Central European History*, 57(4), 499–516. <https://doi.org/10.1017/S0008938924000037>
- Pintér I. (1982) Bács-Kiskun megye egészségügyi és szociális ellátásának fejlődése 1950–1970. In: *Bács-Kiskun megye múltjából 4. Egészségügy*. Kecskemét, 225–249.
- Schumann, M. (2009). *Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan: Hebammen in der Bundesrepublik 1950–1975*. V&R Unipress.
- Svégel F. (2018) A bábamesterség átalakulása a XX. század közepén. *A Kaposvári Rippl-Rónai Múzeum Közleményei* 5. 237–253. <https://doi.org/10.26080/krmmkzl.2018.5.237>
- Svégel F. (2021) Családon belüli erőszak a paraszttársadalomban: a női önéletírások egy lehetséges olvasata. *Sic Itur ad Astra*, 73, 127–152.
- Svégel F. (2023) The Role of Women as Agents and Beneficiaries in the Hungarian Family Planning System (1914–1944) *Journal of Family History*, 48(3), 338–353. <https://doi.org/10.1177/0363199023116022>
- Svégel F. (2025) Régi minták, új elvárások. A női reprodukcióhoz kötődő szerep- és identitásváltások területi perspektívában. (PhD értekezés) Budapest: ELTE BTK. <https://doi.org/10.15476/ELTE.2025.163>
- Szécsi M. (1998) *Szegények bábája (1928–1956)*. Magánkiadás.
- Takács E. (2015) Fogamzás és terhességmegszakítás. Magzat-irodalom a kortárs francia szociológiában. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 5(1), 105–121. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2015.1.105>
- Tauffer V. (1934) *Az új szülészeti rendtartás törvénytervezetének előtanulmánya és anyagának ismertetése*. Budapest: Állami nyomda.
- Thompson, A. (1997) Establishing the scope of practice. Organizing European midwifery in the interwar years 1919–1938. In Marland H. – Rafferty A. M. (eds.) *Midwives, society and childbirth: debates and controversies in the modern period*. London – New York: Routledge, 24–37. <https://doi.org/10.4324/9780203435892>
- Vasvári, L. O. (2016) Életírás, társadalmi nemek, és trauma. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat* 6(2), 150–197.

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.4.182>

Losonczy Ágnes (1928–2024) polgári családban született Debrecenben, közismereti és zenei tanulmányait a Tiszántúli híres intézményeiben (Dóczy Gimnázium, Debreceni Zenede) végezte. Történelem szakon diplomázott az ELTE BTK-n. Tánc- és zenei, majd társadalomtudományi műveltségét mesterfokra fejlesztette, iskolateremtő szociológussá vált. 1963-tól alapító tagja és nyugdíjazásáig munkatársa volt az MTA Szociológiai Kutatócsoportjának, majd Intézetének.

Kutatási területei szerteágazóak voltak, megalapozói különböző szakszociológiáknak: a zene társadalmi szerepe, befogadása, zenei mozgalmak, az életmód: létfeltételek, anyagi és tárgyi viszonyok, történelmi minták továbbélése, egészségpolitikai, népegészségügyi kutatások, életfordulók, gyermekvárás, az idő és az élet utolsó szakaszának meghatározó kérdései foglalkoztatták.

Kutatásainak jelentős részét (közel 900 tétel) és a szakmatörténeti életútinterjúját a 20. Század Hangja Archívum és Kutatóműhely őrzi.

Az interjút Tibori Theodosia Timea készítette 2011. július-augusztusban.

Hogy mi vezetett a szociológiához, erre lehet egyszerűen válaszolni, másrészt bonyolultabb, amit el kell mondanom. A társadalom működése izgatott mindig, ifjan hittem a megváltoztatás lehetőségében, az igazságtalanságok kiküszöbölésében, s amikor kiderült, hogy félrement minden jószándék, nagy megrendülés után elkezdtem keresni a magyarázatot, mi történt, hogy lehetne megérteni a történeteket. Akkor még nem tudtam, hogy ez „maga” lesz a szociológia. Az vezetett, hogy rendkívül sok hamis képzet, hazug hiedelmek, tudatosan eltorzított valóság, ideologikusan meghatározott szemlélet és erőszakosan diktált gondolkodási mód uralkodik az országban. Ezzel szemben érett bennem az a meggyőződés, hogy meg kell találni az „igazat” és kimondani az igazságot, amit nevezhetünk valóságnak is. Először is tudni kell mi is történik/történt nálunk, s ha tudjuk, bizonyítani kell: mi történik „másképpen”, mint ahogy fennhangon hirdetik. Megmutatni, de fel is mutatni, utat nyitni a megismeréséhez és lehetőséget a megismertetéséhez.

Olykor szívesen fordítom meg a marxi gondolatot, ami úgy szólt, hogy „Az eddigi filozófusok csak meg akarták magyarázni a világot, a mi dolgunk az, hogy megváltoztassuk” (XI. Feuerbach tézis, Marx-Engels Archiv 1926)³ Az én variációm: ha már ennyire megváltoztattuk/ták a világot, nem ártana meg is ismerni. A ráébredésem nyilván az 1953–1956 közti időre tehető, mert azelőtt rendkívül lelkes hittel rendelkeztem, mind a társadalom átalakításában, de különösen abban, hogy a zene csakugyan közkinccsé váljék.

¹ Tibori Theodosia Timea társadalomkutató.

² Vajda Róza társadalomkutató, az ELTE Társadalomtudományi Kutatóközpont Kutatási Dokumentációs Központ munkatársa.

³ Lásd még: <https://www.marxists.org/>

FÉNYES SZELLŐK

Én ahhoz a nemzedékhez tartoztam, amelyik a háború után tizenéves volt, és úgy gondolta, hogy szabad cselekvési teret kap a világ jobbá tételére. Hogy mekkora töredéke generációmnak gondolkozott hasonlóan, ezt most nagyon nehéz megbecsülni. A háború után úgy érezte/érettük, hogy mindenekelőtt a világ megszabadult egy Szörnytől. Ez a hitleri birodalom volt. Az az agresszív hatalom, amely leigázta Európát, háborúba sodorta a világ nagy részét, iszonyatos emberpusztulással és értékpusztulással járt. Már úgy látszott, meghódítja a világot. A háborúban legyőzték ezt a szörnyhatalmat. Hogy egy másik szörny életben maradt, ezt akkor még nem láttuk, csak azt, hogy vége a háborúnak, új világ kezdődik. Véget értek azok a rémségek, amelyeket a háború okozott, amiben oly sok országnak kellett szenvedni és oly sok embernek belehalni.

Akkor úgy éreztük, hogy a béke valami olyat hoz, ami eddig nem jöhetett létre, nálunk nem létezhetett. Sem itt a mi országunkban, sem körülöttünk. Tehát új életet lehet teremteni, egy újfajta társadalom képe rajzolódott ki előttünk. A legszebb eszmék megvalósulhatnak: a demokrácia; a szociális igazság eszméi, ami a szegényeket megszabadítja a szegénységtől. A kizsákmányoltakat a kizsákmányolástól. Mindenkinek egyenlő joga lesz a nap alatt. Mindenkinek jut kenyér, amivel fenntarthatja az életét. Sok ígéretet hozott magával a háború vége. Nagy ellentmondás volt, hogy miközben mély gyászt éltünk át – gyászoltuk sok családban az elveszett gyerekeket, apákat, fiúkat, anyákat, ki-ki gyászolta halottját, aki elpusztult a Don-kanyarban, elpusztult a holokausztban, a zsidóüldözésnél, elpusztult a meneküléseknél, elpusztult a bombázás alatt, az ostrom alatt – egyszerre éltük át a kiheverhetetlen gyászt és a lehetőséget és reményt, hogy itt létrejöhet majd egy újfajta társadalom.

Az a generáció, amelyhez magam is tartoztam – illetve ennek megbecsülhetetlen, mekkora töredéke voltunk – különösen teljes hévvel ment bele a reményeivel a változtatásba. Az akkori tinik voltunk – tegnapi szóval – belementünk a tizenévesek lendületével. A „fényes szellők nemzedékének” is szokták nevezni, bár a fényes szellők nemzedékének emlegetése egy idő után már inkább pejoratívra vagy jó esetben megmosolyogtatóvá vált. De akkor mi hittünk abban, amit a NÉKOSZ-szal⁴ együtt énekeltünk, hogy „*Sej, szellők, fényes szellők, fújjátok, fújjátok – holnapra megforgatjuk az egész világot.*”

Hát, a világ valóban megfordult. Mi próbáltunk ebben nagyon aktívan közreműködni, nagyon lelkesen részt venni, csak éppen másfelé fordult, mint amerre reméltük volna. Volt, akit továbbvitt a kezdeti lendület, és változatlanul ott volt azok között, akik a hatalmat gyakorolták. Volt, aki ezzel szembefordult, és átgondolta, hogy ugyan mi történt itt és most – ott és akkor –, mivé váltak a valóságban szépséges elveink. Megrázkódató volt, elképedtünk, hogy hogyan váltunk mi magunk is részeseivé valami olyan rettenetnek, amit, ha előre láthattunk volna, messzire kerülnék. (Nem lettünk volna részesei.)

A háború utáni lelkesedés befűlt a sztálini korszakba, a Rákosi-korszakba, a diktatúrába. Ez nekem és hasonló gondolkodású korombelinek és másoknak is igazi személyes tragédia volt, valódi trauma. A megrendültség kiábrándulása új útkeresésre vitt. Mit lehet tenni? És az első feltételem az lett, amire én rájöttem és kemény tilalomfát állítottam magam elé, József Attilával szólva: „*Sziszegve se szolgálak aljas, nyomorító hatalmakat*” (Életmód könyvem (1977) is az ezt megelőző két sorral zárul: „*Ehess, ihass, ölelhess, alhass!*”

⁴ NÉKOSZ: a Népi Kollégiumok Országos Szövetsége 1946–1949-között működött. Az 1930-as évek gondolata volt, hogy a szegény sorsú, népi származású diákok bentlakásos iskolákban tanuljanak. Először a Bolyai, majd 1942-től a Györfy Kollégium lett a minta. 1946-ban már 156 volt a népi kollégiumok száma. 1948-ban fordulatot vett a hatalom ebben is, narodnyikizmussal és nacionalizmussal vádolta a Párt és megszünteti a NÉKOSZ szervezetét. A felszámolást a párthű kommunista NÉKOSZ-tagok maguk vitték végbe 1949-ben.

A mindenséggel mérd magad!”) S az értő olvasóra bízom, hogy kiegészítse az utolsó sorával.) Innen datálódik távolságtartásom a politikától. Ha az ember egyszer ekkorát tévedhet, akkor vonja le a következtetéseket, nemcsak abban, hogy mekkora távolság lehet a megvalósításra vállalt kitűzött eszme és a beváltott politikai eredmény között, hanem vegye észre saját maga megtéveszthetőségét is. Ezzel együtt vagy éppen ennek ellenére mégis megmaradt szenvedélyes érdeklődésem a társadalom iránt. Megérteni a társadalom működését. Megismerni, ismertetni, tudni és tudatni: miben élünk.

A megrázkódtatás annak az átélése volt, hogy mi mit akartunk és mi vált ebből valóra. Mi volt a cél? Fel-emelni az elnyomottakat. Az elnyomás pedig kiterjedtebb lett. Tiszta értelmű világot teremteni, de hazugságokkal és félrevezetéssel volt minden tele. Mindenki kapjon jogot. Mindenki rendelkezhesen saját életével. Ellehetetlenült. Lehessen összefogás, lehessen szolidaritás. Lehessen szabad szervezkedés. Államosították a szolidaritást. Szabadon kifejezni mindazt, amit akarunk, amit gondolunk – és jött kérlelhetetlen a külső cenzúra és segítségül a belső cenzúra minden korlátozása. Minden elképzelésünk vagy eltorzult a megvalósítása során, vagy éppen az ellentétjévé vált annak, amit reméltünk. Felépült egy hierarchikus, kemény diktatúra, aminek számos elemében még kevesebb jogunk maradt, mint a korábbi félféudális hierarchiában. A korábbi korszakban – a háború előtti időről beszélek – még kora ifjúságunk idején a jó könyvek és jó tanárok felébresztettek bennünket a korszak társadalmának, domináló felfogásának kritikájára, a szembeállásra, a cselekvésre vagy minimum a gondolkodásra. Azokhoz kötődünk, akik a birtokelosztástól kezdve a gazdaság, a vagyon elosztásig, a jogtalanság ellen a parasztok, a munkások kizsákmányolásmentes, igazságos világot akarták megvalósítani. Most ez furcsán hangzik ebben a mai világban és a ma uralkodóvá vált gondolkodásban. De hát mi a nagy változásban bízunk és reménykedtünk. Ebben a dinamikus társaságban mindenkinek volt szakmája vagy éppen tanulta a szakmát, ki mérnök volt vagy annak készült, ki zenész, ki festő, ki színész. Akkoriban én fiatal művészvilágban éltem.

Az átélt csalódásból ki-ki másképpen ébredt. Volt, aki eldöntötte, hogy nem lehet tovább itt élni és el kell menni; volt, aki belement a földalatti politizálásba, volt, aki visszavonult és megtalálta munkáját, ha úgy hozta az élet, a maga elefántcsonttoronyát. Az lett a törekvésem, hogy mindenképpen meg kell ismernem, hogyan történhetett ez a rettenetes változás. Milyen mozgások hozták létre a hatalomban és a társadalomban is ezt a torzulást? Hogyan jött létre a szándék és a cél a közösen vallott cél ellenében, ami kiépült és megdermedt? A másik nagy kérdés: hogyan fogadhattuk mi el, meddig vitt együtt bennünket az átalakulással a „csalfa”, majd megcsalatott hit?

A ZENE MINDENKIÉ?

Beszélnem kell szűkebb életterületemről. Másik gyönyörű célom, élettartalmam: a zene volt. Nemcsak társadalmi próféciaiban hittem, hanem abban is, hogy a zene olyan erő, olyan gazdagságot ad az emberi életnek, amit semmi más nem adhat. Ez a fantasztikus kincs, amit a századok hagytak ránk örököül, a legmagasabb rendű szellemiség, csodálatos kifejezése az emberi alkotóképességnek. Ha ezt megosztjuk mindenkivel, ha hozzáférhetővé tesszük, szebb lesz a világ. Nemcsak őrizni kell, hanem mindenkinek részesülnie kell ebből az adományból, mindenkivel meg kell osztani.

Az, hogy lesz mód, a társadalmi „rossz” megváltoztatására, az, hogy mindenkinek enni kell, ez alapevidencia volt. Hogy fedél kell mindenkinek a feje fölé, alapevidencia volt. Hogy mindenkinek legyen munkája, hogy mindenki kifejezhesse önmagát, hogy tudásra van szükség ahhoz, hogy az emberek urai legyenek

saját életüknek, és egyáltalán az életnek, hogy bele tudjanak szólni abba, ami velük történik, részt venni a döntésekben, mindez az átalakulásba vetett hit a valóság ígéretét hozta magával. De az, hogy a zenét meg kell osztani, és a zene szebbé teheti az életet, a nagy műveket, a legszebb, legjobb megértését meg kell osztani mindenkivel, ez volt az én saját terem, szinte privát vagy inkább személyes törekvésem, célom volt. Közös vállálás is egyben. Szerepe volt Kodály Zoltán mozgalmának, ahogy magam is mindent meg akartam tenni azért, hogy „Legyen a zene mindenkié!” Ha mindenkié a zene, akkor a lelkek megtisztulhatnak, akkor másképp nézünk a világra. Jobban megtaláljuk a kapcsolatot másokkal. Jobban meg tudjuk osztani mindazt, amink van. A zene nemesebbé teszi az embert.

A népdal, a közös zenei anyanyelv, erre kell építeni a zene megértését. A népdalosság gyerekkorom óta kísért. Debreceni vagyok és a Cserkész Mozgalomhoz volt közöm, a Regős Cserkészekkel gyűjtöttünk falun, énekeltünk, táncoltunk és képviseltük is a népdalosságot. Sokkal később, egyszer zeneakadémistásokkal együtt utaztunk egy éjszakán át egy buszban, végigénekeltük az éjszakát és én sokkal több népdalt tudtam, mint ők. „Ugyan honnan?” – kérdezték. Elmeséltem, hogy ifjúságom idején, a népdaléneklés még igazi, lélekteli mozgalom volt, nem felülről irányított, iskolai tananyag. Ebben a mozgalomban éltem magam is. A népdal mindennapi kifejezésünk volt, velünk volt örömben-bánatban, vidámságban, búsongásban magától értetődő módon.

Egyetértettem a zeneismeret népdalos megalapozásával, a zenei analfabétizmus fölszámolásával, hogy legyenek kórusok, jöjjenek létre néptáncos, éneklő csoportok. Ez benne volt az én programomban és a munkámban. (A Népművelési Minisztérium Zenei Főosztályán dolgoztam.) Az is benne volt a programunkban, hogy meg kell szervezni azt, hogy a munkások eljussanak a legmagasabb rendű zenéhez és bejuthassanak a koncertterembe. És a zene kijuthasson hozzájuk. Az is vállalt feladatunk volt, hogy a legjobb, lelkes fiatal zenészek elmentek a munkásszállásokra koncertet adni. Elvittük a versenyben győztes munkásbrigádokat a Zeneakadémiára, hogy Beethovent hallhassanak-hallgassanak. Üzemekben csaknem ingyen operajegyeket és bérleteket kínáltunk a helyi kultúrvezetők segítségével. Ott voltam és hallgattam, néztem magam is. Aztán itt következett be az első nagy megrendülésem.

Most és innen nézve borzasztó naivítás és idealisztikus fantázia, álom volt. Kapcsolódott a nagy társadalmi átalakuláshoz, amibe akkoriban szervesen beépülni látszott. A szocialista elképzelések bizony nagyon erősen hatottak, és abban ott voltak a „népfelemelő” programok. Engem a legfontosabb célomban a zenei tudás átadása vezérelt. Bíztam a társadalom átalakító erejében, és bíztam abban, hogy a zenével tényleg nemesebb lesz a világ. Elég sok előadást tartottam akkoriban. Sokat ismételt idézetem volt Shakespeare: A velencei kalmár drámájából [egy szakasz]. Sokszor ezzel kezdtem előadásaimat. Még mindig majdnem pontosan tudom fejből. Azt mondja Lorenzo: „Figyeld csak meg a vad és laza nyáját, / Vagy betöretlen csikók fajzatát, / Amint bolondul szökellnek, nyihognak, / Mert vérük heve ezt kívánja meg. / De ha meghallják a trombita hangját, / Vagy bármely zene éri fülüket, / Látod, némán állnak, s vad szemük / Szelíd fénybe fordul a zene édes / Hatalmától. Mondják, így mozgott meg / Orpheus fákat, köveket, folyókat: / Mert minden kemény és konok dühöt / A zene megszelídít egy időre. / Az ember, aki legbelül zenétlen, / S nem hat rá édes hangok egyezése, / Az kész az árulásra, taktikára, / S szelleme tompa, mint az éjszaka / S érzelme komor, mint az Erebus: / Meg ne bízz benne. Hallgass a zenére” (Shakespeare 1964:904). Idézeteket gyűjtöttem Arisztoteléstől, Szent Ágostontól, Szókratésztől vagy Schopenhauertől, Muszorgszkijtől. Igazolom mások szavaival azt, hogy a zene mennyire át tudja alakítani az emberi lelket, mennyire összehozza és összetartja a közösséget, mennyire áthatja a lelket és a szellemet.

Az érveket tehát nemcsak a magam életéből és a magam zenétől kapott óriási életajándékának gondoltam. Azért lehetett életajándékom, mert olyan volt a neveltetésem, a családom, az eredetem, így viszonylag könnyen jutottam hozzá, ezt akartam megosztani másokkal. Birtokom nem volt, azt nem oszthattam szét, de a zenei ismeretem, valami tudásom és zeneszeretetem az volt.

Az első pofon akkor ért, amikor szembesültem azzal, hogy az, ami számomra a legnagyobb kincs, a magasrendű zene élvezete, az egyáltalán nem mindenkinek jelent élvezetet. Tisztán emlékszem ma is [arra], amikor elvittem egy munkásbrigádot a Zeneakadémiára, ahol Beethoven szimfóniai mentek. Körbenéztem, láttam, hogy abból egy bűdös hangot nem értenek. Csak ülnek, szenvednek és kínlódnak, nézik mikor lesz vége. Ami oly sok jelentéssel teljes annak, aki érti, az többek számára unalmas, idegen, sőt terhes.

Másik közvetlen élményem a munkásszállásokon szervezett koncertek voltak. Ott voltam, amikor a legjobb fiatal zenészek koncertet adtak a munkásszállásokon. Kitűnő művészek voltak. A melósok heverték az ágyon, néztek csodálkozva, hogy ugyan mit akar itt ez a csoport. Ők fáradtak, hagyják őket békén.

Több hasonló élmény után rájöttem, hogy legyen a legfőbb jó Beethoven vagy Bach, ha kényszerrel tukmálják valakire, az inkább agresszívvá válik, mint zeneszeretővé. Előkészület és felkészültség nélkül, más nyelvi rendszerben, más ízlésvilágban él, akkor a kényszer kötelezte szépség teherré változik, és az akció többet vesz el, mint amit ad. Nemhogy kiemelkednek életük megszokott zenei világából, hanem még jobban belesüllyednek a reménytelen távolságba, vagy ellenségessé válnak a rájuk erőltetett szépséggel szemben.

A társadalom átalakítása megtörtént, tudjuk, mennyire eltávolodott attól a céltól és reménytől, ahogyan 18, 20, 22 évesen gondoltuk. És ahogy átéltem a nagy megrázkódtatást, a társadalmi átalakulás következményeitől megrendülve, másképpen rendült meg személyes „zenei megváltó hitem” is. Így amikor először ocsúdtam fel tetteim nyomán ábrándjaimból, el kellett gondolkodni, hogy az iskolákban miért nem lett a népzeneből anyanyelv helyett tananyag, miért nem vált még mindennap énekelt dalokká sem. Miért nem lett a zenei írás-olvasás egyszerűen elfogadott és használt valami? Miért nem vált Beethoven vagy Bach vagy Mozart közös kincsünké?

Csalódás önmagamban, önmagunkban is. Tévedéseim is megrázkódtattak. Mekkora naivság, élet- és társadalomismeret hiányát mutattam. A magunk zenei profétizmusának átélt tévedéseit éppen úgy tudni akartam, hogyan történhetett meg, ahogyan azt is meg akartam érteni, hogy a társadalom útja mitől és hogyan vált ilyené. Ilyen torzzá, ilyen borzasztó tévúttá. Hol vétettem el? És mit vétettem? Hol tévedtünk nagyban, amikor a társadalom átalakítását úgy képzeljük el, hogy a mi nagy, szép eszméink meg fognak valósulni? Hol tévedtünk el törekvéseinkkel, amikor azt hittük, hogy a zenei megértés kiterjesztése, az anyanyelv, a népdal, a kórusok, a koncertek élvezete ilyen könnyű úton járhat?

Ezért kezdtem a zene megértését, a zenei felfogást kutatni, s később erről derült ki, hogy ez voltaképpen a szociológia. Tehát én nem a szociológiához mentem, hanem igyekeztem megérteni társadalmi tévedéseink okát, magyarázatát. Mi volt a hibás feltételezés bennünk és azokban, akikkel meg akartuk osztani azt, ami nekünk fontos volt? Miért nem kellett azoknak, akiknek a nekünk legfontosabbat akartuk volna átadni? Ez volt ilyenformán az első lépés a szociológia felé, amiből később szociológiai kutatás lett.

Azt viszont akkor határoztam el, hogy soha többet nem veszek részt olyan felülről diktáló népboldogításban, amelyik annyira más utat kínál, mint ahogyan a „nép” boldogulni akar. Tehát le kellett szállni minde-

nekelőtt az arisztokratizmus magasságából és abból a feltételezésből, hogy az, ami nekem jó, az másnak is jó. Nem maradhatok meg a magam feltételezésénél, nem maradhatok meg a magam köreinek gondolati és értékszempléletében. A megértéshez abból ki kell tudni lépni.

Így lettem kutató. Azt kutatom, amit nem tudok. Azt kutatom, ami nem látható. Azt kutatom, ami nem jelenik meg rögtön a szemünk előtt. Azt kutatom, ami a mélyben van. Nem azt, amit mondanak nekem, nem azt, amit a hatalom akar vagy éppen tilt, nem azt, ami éppen szellemi divatként uralkodik, nem azt, amit bármelyik bezárt világ akar közkinccsé tenni, nem azt, amit az értelmiségi barátaim gondolnak. Hanem azt, ami a mindennapokban él és hat, olyan emberek között, akikkel lehet, hogy soha nem találkozom, ha nem kutatásban keresem meg őket, és soha nem ismerem meg azoknak vágyait és természetét.

A SAJÁT TÉVEDÉSEINKKEL SZEMBEN A VALÓSÁGOT

A „belépés” tudatosan a szakmába egybeesett a szociológia felfedezésének kezdetével. Nálam ez 1963-ban történt. Magam is az első akadémiai szociológiai kutatócsoport tagja voltam. Alapító, mondják ma. Annak idején 8-an vagy 12-en voltunk az Akadémia később jelentőssé vált intézetében.⁵ Akkor fogadták el hivatalosan – annyira, amennyire – a szociológiát, addig a kibernetikával és a pszichológiával együtt burzsoá áltudománynak minősült. Az „eltűrés” ugyan nem jelentett szabadságot, de lehetett dolgozni.

Ebben az időben a társadalmi állapotokról és a bekövetkezett változásokról a hatalom kezében tartott fórumain hazug és hamis állítások uralkodtak. Nemcsak a társadalmi folyamatokat, hanem a társadalmat szellemileg is megerőszakolták. Amikor nem a valóság volt a lényeges, hanem az ideológia, a propaganda és a hatalom akarata. Ilyen értelemben minden, ami a valóságot kutatta, az a hamisításokkal és a tévedésekkel került szembe. Legutóbb olvastam, hogy a szociológiának ezt a kritikai tennivalóját fedezték föl Amerikában, olvastam az Amerikai Szociológiai Társaság elnökének nagyhatású írásait erről, miszerint kritikai szemlélettel kell vizsgálni a társadalmat és érthető módon közkinccsé tenni a gondolatokat.⁶ Ez a szociológusok feladata. Mi másképpen nem is tudtuk volna csinálni, hiszen akkoriban a propagandával, az ideológiával, a feltételezésekkel és saját tévedéseinkkel szemben akartuk megvizsgálni azt, ami a valóságban él és működik. Megmutatni a történelmi tévedéseket, a társadalom ellen elkövetett bűnöket, a koherens rendszerré szerveződött téveszméket, már egyszerűen azzal, hogy a valósággal szembesítjük, amit találtunk, ezekkel szemben indultunk mi el azért, hogy felfedezzük a valóságot. Akkor a posztmodern [elképzelésről] a valóság konstruálásáról, a narratívákról még szó sem volt. A hatalom narratíváival szemben volt számunkra fontos a valóságkutatás, a ténykutatás. Más kérdés, hogyan értem a valóság konstruálásának posztmodern fogalmát, de azt tudom, hogy itt arról szóltak a kutatások, mi az, ami a valóságban történik, miben élnek és mivel élnek az emberek, és nem az, amit erről mondanak, erről hirdetnek vagy propagálnak.

⁵ Az MSZMP KB Agit.Prop. Osztálya és az MTA II. (filozófiai) Osztálya a társadalmi viszonyok kutatására 1963-ban kísérleti jelleggel megalapította a KSH mellett, de az MTA keretein belül működő Szociológiai Kutatócsoportot. Vezetője Hegedüs András közgazdász lett, aki első körben Márkus Máriát, Heller Ágnes, Varga Károlyt, Szántó Miklóst alkalmazta, majd felvette Rozgonyi Tamást, Nemes Ferencet, az amerikai aspirantúrán lévő Szelényi Ivánt és a szovjet aspiránsokat: Földesi Tamást és Gyenes Antalt. Később Losonczy Ágnes, Szesztay András, Lőcsei Pál csatlakozott, a KSH-ból pedig Andorka Rudolf, Cseh-Szombathy László, Ferge Zsuzsa és Kemény István.

⁶ Michael Burawoy (2005) írásaira utalok, a „Közérdekű szociológia”, illetve „Közszociológia” népszerűsítő képviselőjére (L.Á.).

[A nyolcak csoportjában] mindenki a saját szakmáját hozta magával, a csak rá jellemző érdeklődést és módszereket. Amikor lementünk Hegedüs⁷ javaslatára a kutatócsoporttal Heves megyébe, három faluba⁸ kutatni, erre Hegedüs meghívta a szociográfusokat, hogy az új kutatócsoportba frissen bekerült szociológusokkal együtt dolgozzanak. A szociográfusok között ott volt Csoóri,⁹ ott volt Csurka,¹⁰ ott volt a Kunszabó,¹¹ ha jól emlékszem Tornai¹² is, és ott voltunk mi, a frissen alakult intézet tagjai: Varga Károly,¹³ Heller Ágnes,¹⁴ Varga Iván,¹⁵ Lőcsei Pál,¹⁶ Márkus Marisa,¹⁷ majd Sas Judit.¹⁸ Tehát, akik akkor az intézetbe kerültek. Mindenkinek megvolt a külön érdeklődési területe. Hegedüs, ha jól emlékszem, a vezetőkkel foglalkozott, Heller Ági az előítéletekkel, Varga Iván a vallás kérdésével, Sas Jutka az olvasással, Sipos Zsuzsa¹⁹ a népműveléssel, Rozgonyi Tamás,²⁰ Nemes Feri²¹ a településsel foglalkoztak, én a zenével. Arra már nem emlékszem pontosan, hogy Kunszabó, Csoóri vagy Csurka pontosan mivel, de együtt indultunk el kutatni ezen a bizonyos Heves megyei „terepen”.

Három választott faluban dolgoztunk, egy hagyományosan mezőgazdasági, egy félig iparosodott, félig agrár-jellegűben, és egy teljesen iparosodott településen.²² Nagyon-nagyon jó hangulatú, jól együttműködő társaság volt akkor, miközben mindenki ment a saját témája után. Azt hiszem, hogy húsz vagy huszonkét téma volt, erről aztán vidulásként öniróniával pamfletet is írtunk. Hogy is van? Énekeltük: *„Gyöngyöstarján gyászba van, gyászba van, mert felmérés alatt van, mert felmérés alatt van.”* Jó beszélgetések voltak, sokat ugrattuk egymást, de komoly munka folyt közben. Akkor már mindenki a saját érdeklődési területén, témája szerint dolgozott azonos terepen.

7 Hegedüs András (1922–1999) szociológus, kommunista politikus, 1955–1956-ban Magyarország miniszterelnöke. A Szociológiai Intézet megalapítója, 1963–1968 vezetője volt (vö: Szabari 2020).

8 Gyöngyöstarján, Gyöngyöspata, Gyöngyössolymos

9 Csoóri Sándor (1930–2016) kétszeres Kossuth-díjas és kétszeres József Attila-díjas költő, esszéíró, prózaíró, politikus. A Magyar Demokrata Fórum egyik alapítója, később a párt elnökségi tagja.

10 Csurka István (1930–2012) kétszeres József-Attila díjas író, dramaturg, politikus. A Magyar Demokrata Fórum egyik alapítója, ahonnan 1993-ban kizárták. Ekkor alapította meg a szélsőjobboldali Magyar Igazság és Élet Pártját, amelynek haláláig elnöke volt.

11 Kunszabó Ferenc (1932–2008) író, szociográfus. Az 1956-os forradalom után bebörtönözték, szabadulását követően napszámosként, majd hajógyárban dolgozott. 1964–1966 között az MTA Szociológiai Kutatócsoportjának munkatársa, majd az Agrárgazdasági Kutató Intézet szociológusa volt. 1989-ben megalapította a Hunnia Kiadót, a Hunnia Füzetek (később Hunnia) című folyóiratot, melynek 1992-től főszerkesztője volt. 1990-ben az Agrárszövetség országgyűlési képviselőjelöltje volt.

12 Tornai József (1927–2020) író, költő, műfordító.

13 Varga Károly (1930–) szociológus, egyetemi tanár, a hazai értékszociológia és szociálpszichológia kiemelkedő alakja, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem szociológusképzésének elindítója és professzora.

14 Heller Ágnes (1929–2019) Széchenyi-díjas magyar filozófus, esztéta, egyetemi tanár, az MTA rendes tagja. A Budapesti Iskola egyik jelentős személyisége volt. 1986-tól 25 éven át tanított New Yorkban a New School for Social Research egyetemen.

15 Nincs megbízható adat.

16 Lőcsei Pál (1922–2007) újságíró, szociológus, különösen a családszociológia és demográfia területén végzett úttörő munkát.

17 Márkus Mária (1936–2017) lengyel születésű szociológus, filozófus, a Budapesti Iskola tagja, az MTA Szociológiai Kutatóintézetének egyik alapítója.

18 H. Sas Judit (1926–2021) művelődésszociológiával, családszociológiával, majd politikai szociológiával foglalkozó kutató.

19 Sipos Zsuzsa (n.a.) eredetileg népművelő, majd külső-belső munkatársa az MTA Szociológiai és a Népművelési Intézetnek.

20 Rozgonyi Tamás (1941–2021) közgazdász, statisztikus, szociológus, az MTA Szociológiai Intézetének alapító és örökös tagja.

21 Nemes Ferenc (1938–) közgazdász, szociológus.

22 Gyöngyöstarján iparosodó, Gyöngyöspata mezőgazdasági, Gyöngyössolymos részben mezőgazdasági, részben iparosodó település.

A szocializmus korszakának a „pressziója” hozott össze bennünket, szorosan egymás mellé állította azokat, akik akkor kritikusak voltak a társadalommal és az aktuális hatalommal szemben. Aztán évtizedekkel később meglehetősen eltértek, eltértünk egymástól, amikor már szabadon lehetett gondolkodni, kifejezni, sőt, gyakorlati politikában a megnyíló utakon sokfelé elindulni. De addigra a hevesi felvételtől több mint negyven év telt el, valamint kimúlt a szocialista rend.

A szociológiai kutatócsoport egymást is támogató, közösségben dolgozni tudó, de azért önálló, saját törvényeit követő, témáit önálló módon feldolgozó társaság volt. Aztán szét is ment ez a jó közösség, mert a hatalom bele-belenyúlt az életünkbe. A professzionalitás igénye is fellépett a kritikai irányzattal szemben. Az első időkben – lásd a hevesi felmérés – valamilyen üde dilettantizmus volt a jellemző. A szó közvetlen értelmében használok. A „dilettantizmus” előnye: *diletto*, azt is jelenti, hogy élvezetből, örömből csinálja, amit csinál. Lehet, több volt az együttlét öröme meg a kutatás felfedezésének az eufóriája, mint a szakmai precizitás vagy a profizmus.

A történelem aztán úgy hozta, meg saját tapasztalataink, nézeteink is, hogy „ellenzéki fészekké” vált az intézet, nemcsak a szakmai kritikák miatt, hanem közvetlenül a politikában is. Az 1968-as csehszlovákiai megszállás ellen tiltakoztak a korculai filozófus kongresszuson a magyar résztvevők is, itthon tiltakozott Hegedüs.²³ Hegedüst leváltották, Friss István²⁴ jelentette be az Akadémia részéről. Az intézet fellázadt, Kulcsár Kálmán²⁵ lett az igazgató és ő képviselte, – a depolitizálás mellett –, hogy most már profivá kell válni a kritikai, ellenzékiekieskedő szociológia helyett. „Domesztikálták” az intézetet, megváltozott a helyzete. Öt év múlva a filozófusok kiátkozása megtörtént az Akadémián, ezt követte kirúgásuk botránya (Szántó 1998, Tamás–Tibori 2000). Cél volt „megtörni a Szociológiai Intézet hegemoniáját”. Létrehozták az egyetemi szociológiai tanszékeket, intézeteket. (1968–1972 volt a keményedés ideje.)

A dilettantizmus – még egyszer mondom – nem a profiság hiánya, inkább a kezdeti felfedezés öröme. Úgy értem, hogy kevesebb volt a szakmai kötöttség és szélesebb, bátrabb a szándék. De mindenki a maga módján profi volt. Én a zenével komolyan foglalkoztam, szociológussá válásom előtt a Filharmóniánál dolgoztam a dramaturgián, publikáltam is, a 19. századi operával foglalkoztam, népzenevel, néptáncsal, zenei ismeretterjesztés szervezésével, a zenei felfogás megértésében volt bizonyos praxisom vagy mondjuk tapasztalatom.

A szociológiai munkámhoz a „szaktudományt” külföldről szereztem be, de találtam egy magyar elődöt is, Gyulai Elemért (1936), aki hallatlanul érdekes dolgokat csinált a harmincas években. A zeneszociológia Németországban meglehetősen erős volt, mind a filozófiai szemlélet Adornonál, még korábban Max Webernél (1924), vagy később Silberman²⁶ több könyvében tárgyalta a társadalom és zene viszonyát (Molnár 1923). A francia a másik területem, Bourdieu-ékkal találkoztam, akik kezdetben ugyancsak művészetszocio-

23 1968 augusztusában a jugoszláviai Korcula szigetén, a hasonló nevű városban szervezett nyári egyetem Marx és a forradalom című, nemzetközi szimpozium résztvevői (köztük Ernst Bloch, Lucien Goldman, Jürgen Habermas és Herbert Marcuse) közös tiltakozó nyilatkozatot fogalmaztak a prágai szovjet beavatkozás hírére. A nyilatkozatot a szimpozium hat magyar résztvevője közül öten – Márkus György, Sós Vilmos és Tordai Zádor, az MTA Filozófiai Intézete munkatársai, valamint Heller Ágnes és Márkus Mária, az MTA Szociológiai Kutató Csoportjának munkatársai – írták alá. Hegedüs András augusztus 21-én, a magyar szellemi élet vezetői számára tartott tájékoztatón ítélte el az inváziót, majd tiltakozó levelet küldött Tömpe András kelet-berlini magyar nagykövetségnek (egykori szovjet hírszerzési munkatársnak), aki lemondott diplomáciai posztjáról.

24 Friss István (1903–1978) közgazdász, politikus, az MTA tagja.

25 Kulcsár Kálmán (1928–2010) Széchenyi-díjas magyar jogász, szociológus, egyetemi tanár, az MTA rendes tagja. A korszakról vö: Szabari (2020).

26 Silberman, Alphons (1909–2000) németországi zsidó szociológus, zenetudós.

lógiaival foglalkoztak (a fénykép szociológiájával). Megtaláltam Pares-t,²⁷ illetve Frances-t,²⁸ akikkel sikerült személyesen is találkozni, és nagyon érdekelte őket, ahogyan én, vagy mi dolgozunk a zene szociológiájával, a művészetszociológiával.

Amikor azt mondom, hogy *dilettante*, akkor itt az induló kutatásnak, a társadalomban sokféle módon élő zenének vagy irodalomnak a kutatási izgalmát vitt, és nem az igazodás valamilyen belföldi vagy külföldi nagysághoz, irányzathoz vagy módszerhez. Nekem saját kérdéseim voltak és saját módszereim is, amelyekben nyilván volt hatása egyik vagy másik személyiségnek vagy olvasmányomnak. Saját kérdéseim voltak, a saját magammal, korábbi elképzeléseimmel és hiteimmel és arisztokratizmusommal szembesítettem a társadalmi valóságot, ebből tanultam a legtöbbet, miközben kontrolláltam vagy a tapasztalataimmal dúsítottam föl azt, amit a külföldi munkákban olvastam. Nem tudok olyat mondani, aki Magyarországon különösen nagy hatással lett volna rám. A kollegáimmal nagyon jókat tudtunk beszélgetni, közvetlen munkatársaim inspirációja mindig nagyon sokat számított, jelentett. Együtt dolgoztunk művészetszociológiában²⁹ és az életmód témában³⁰ Sas Jutkával. Másképpen konzultálunk Vitányi Ivánnal,³¹ aki a zenei élet más oldalát, más módszerrel kutatta. A zalai kutatást³² Szalai Julival,³³ Makara Péterrel³⁴ együtt készítettük elő és folytattuk le.³⁵

Azt hiszem, hogy eléggé egyéni úton haladtam. Nem lettem követője vagy epigonia nagy professzoroknak, nem is kellett lázadnom az atyamesterem ellen. Ebben az értelemben szerencsém volt, magam törtem az utat magamnak, miközben azért támaszkodtam más tudására is. Vagy próbáltam támaszkodni. Eléggé öntörvényű módon jártam a szakmai utam, valószínűleg ennek megvolt az előnye is, nyilván megvolt a hátránya. Most mintha inkább az előnyét érezném.

27 Nincs megbízható adat.

28 Nincs megbízható adat.

29 Lásd a három gyöngyösi faluban és Budapesten, a Ganz MÁVAG-ban végzett recepciós vizsgálatokat (1963–1974).

30 Lásd a Békés megyei és a Teréz- és Erzsébetvárosi kutatásokat (1968–1978).

31 Vitányi Iván (1925–2021) szociológus, esztéta, politikus, országgyűlési képviselő (1990–2014). 1972-től a Népművelési Intézet, majd 1980-tól a Művelődéskutató Intézet igazgatója, 1986–1992 az újonnan alakult Országos Közművelődési Központ főigazgatója, 1992-től az MTA Szociológiai Intézetének munkatársa volt.

32 Zala megyei egészségügy- és életmódkutatás. 1977–1979. Kutatásvezető: Losonczy Ágnes. Munkatársak: Szalai Júlia, Makara Péter. A feldolgozásban Antal Z. Lászlóval dolgozott együtt Losonczy Ágnes.

33 Szalai Júlia (1948–2022) szociológus, egyetemi oktató, az MTA levelező tagja. Kutatási területei a szociálpolitika története, a poszt szocialista jóléti és elosztási rendszerek, a szegénység történeti formái, valamint a romák és a nők helyzete a társadalomban.

34 Makara Péter (1946–2016) szociológus, a hazai egészségfejlesztés meghatározó személyisége, több hazai és külföldi egyetem állandó oktatója volt. 1998 és 2002 között az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának volt osztályvezetője, illetve a Genfben székelő Council on Health Research for Development (COHRED, Egészségügyi Kutatások az Egészségért Tanácsa) ügyvezető igazgatója volt.

35 A Zala megyei egészségügy- és életmódkutatás feldolgozásába később bekapcsolódott Antal Z. László.

A ZENE TÁRSADALMI ÉLETE

Már az első kutatásban láthatóak azok a különféle eszközök, módszerek, amelyeket később kiteljesedettebben és több tudás és tapasztalat alapján továbbépítettem. Nem az volt a kiindulásom, hogy adjuk fel a zenei terjesztés gondolatában azt, ami számunkra értékes. De azt nézzük meg elemi szinten, hogy mit jelent a zene a mindennapi emberek számára. Milyen zenében találják meg önmaguk örömét, kifejezését? Merthogy a zenei kifejezés képessége és a zene hallásának, hallgatásának igénye benne él a legtöbb emberben. E zenei felfogást, megértést három, illetve négy helyen kutattam. Egy üzembe, a MÁVAG-ba mentem ki, ott dolgoztam hetekig. Az említett hevesi kutatásban a zene igényéről beszélgettem. És végül is Pesten és a vidéki értelmiség körében a koncertközönséget kérdeztük, mit jelent az ő számukra a zene, mit fogadnak el és milyen a zenei aktivitásuk, érdeklődésük köre, meddig jutnak el a „modern zenében” és mi akadályozza annak a megértését. Hol nem tudnak továbblépni? Volt egy érdekes kutatásom a modern zene elfogadásáról, illetve elutasításának, be nem fogadásának a magyarázatáról (Losonczy 2020). És ehhez többféle, ha úgy tetszik, kvalitatív módszer vezetett a kérdőívek mellett. Erről két, szerintem sikeres módszert mesélek el.

Az egyik közeledési utam az volt – még mielőtt belépünk a zene világába és a különféle kifejezési formákról, azok kedveléséről vagy elutasításáról érdeklődnénk – megpróbáltam az elemi környezet hangzásvilágának érzékeléséből elindulni. Megfigyelni, kérdezni, hogy abból mit és hogyan fognak fel. Egyáltalán: érzékelik-e azt, hogy környezet, a maga jelenlétét sokféle hangzással hozza az embereknek a tudomására. A térben és az időben a jelenségek hangzásainak a felfogása hogyan történik, milyen érzellemmel, intenzitással? Hiszen változatos a jelentésük, éppúgy, mint a jelentéshez való viszonyuk. Van olyan hangzás, ami hozhat jó „híreket”, másik rossz híreket. Hozhat olyat, ami örömet ad, és hozhat olyat, ami kellemetlen. És akkor azt kérdeztem – lásd kvalitatív megközelítés –, hogy egyáltalán mit érzékel a hangzásvilágból a környezetében. Mi az a hangzás, ami jólesik? Mi az a hangzás, ami taszítja, amit elutasít, amit zsigerből utál? Rendkívül érdekes válaszokat kaptam. Egy egész fejezet szól erről a könyvemben „A zene társadalmi élete”-ben (1969:21–67), annyira izgalmas volt, ahogy ezt megfogalmazzák. Sok példa közül két egyszerű: egy falusi ember azt mondja a kérdésre, hogy „Mit szeret a legjobban hallgatni?” „Bizony, én legjobban a saját házaim rőfögését szeretem hallgatni.” Másik: „Ilyenkor nagyon szeretem a hallgatni a csendes esőt. Tudom, hogy az jót tesz a vetésnek!”

Ugyanakkor egy fiatal városi lány strandra jár és nyár van. „Mi az a hangzás, ami a legjobban idegesíti?” „Hát az eső hangját, azt nem bírom elviselni! Ha esik, nem tudok kimenni a strandra.” Sok példát gyűjtöttem, de már ezek is nagyon egyszerű, nagyon elemi jelzések, de fontosak. Tovább elemeztem a szövegeket is, még statisztikailag is feldolgoztam az érzékelések intenzitását és a viszonyok, reagálások összefüggéseit. A zenei befogadás értelmezéséhez vezettek. Arra is, hogy a hangzásvilágnak két pólusa van. A csend és a zene. Amikor előadást tartottam zeneszociológiai kutatásomról a Zeneakadémia tanári karának, ez a témakör váltotta ki a legnagyobb érdeklődést. Előadás után Kurtág³⁶ jött oda, és nagyon dicsérte ezt a gondolatot. Húsz évvel később olvastam Cage-nek³⁷ egy írását (1994) a zenéről, ő a zenének két pólusáról ír: ez a csend és a zene, zene és csend. És e között hangzanak fel mindazok a zenébe formálva, amelyeket aztán kutatni kezdtem.

Sok példát gyűjtöttem e viszonyról a hangzásokhoz, ami különösen „visszajött”, amikor később a modern zene hangzásvilágának az elutasítását igyekeztem megérteni. Egyik magyarázat, hogy ki mit szokott meg,

36 Kurtág György (1926–) kétszeres Kossuth- és háromszoros Erkel Ferenc-díjas zeneszerző, zongoraművész és kamarazene-tanár.

37 John Cage (1912–1992) amerikai avantgárd zeneszerző.

miben talál „ismerősre”, megnyugtató vagy zaklató hanghatásokra? És amit már ismer, az jó hírt hoz, vagy rosszat. Jól esik hallani, vagy rosszul?

Saját példán mondom el, még a MÁVAG-beli kutatásom idejében történt. Végigkísértek az üzemben és bevittek a nagy szerelő csarnokba. Ott valami rettenetes zaj fogadott. Ösztönösen befogtam a fülem. A kísérőm rám szólt: „Mondja, miért fogja be a fülét? Ez nem zaj, itt mindennek értelme van. Hát, figyelje: most üt a nagykalapács. Most hangzik annak a tűzdelő gépnek a hangja, amelyik összekapcsolja az alkatrészeket”. És sorra mutatta a szörnyű zaj forrásait és magyarázta funkcióit. „Hát ezektől az értelemmel teli hangzásoktól nem kell megijedni. Mindennek funkciója van. Ebből lesz az, amit mi összeállítunk: a termék.” Visszajött ez a szöveg és a tapasztalat akkor, amikor a modern zene elutasításának okait vizsgáltam a klasszikus zenéhez szokott koncertközönségnél, hogy neki ez a bizonyos modern zene nem hoz semmit, se értelmet, se élvezetet. Nem jelent semmit. Csak idegesítő zajtömeg a klasszikushoz szokott és nem „nyíló” fülek számára (Losonczy 1979).

Tehát volt, ahol a hangzásvilág érzékeléséből, észleléséből, elfogadásából vagy elutasításából vezettem át, hogy mikor, milyen zene az, ami kell, és milyen zene nem kell, és miért van ez a zsigeri, mélyről jövő, olykor dühödő elutasítás az egyik, vagy ugyancsak mély, szinte zsigeri vonzódás másíkfajta zene hallatán. Miért van az, hogy valaki az operettben úgy érzi, hogy azt éneklük, ami neki kell, a másik utálja az operettet. Aki a rockzenét szereti, az nem bírja elviselni a „nyálás” magyar nótát, aki csak a magyar nótában él, az nem tudja elviselni a keményrockot. Megvan mindennek a magyarázata, a társadalmi közegben, a közösen megélt zenei nyelv elfogadásában, az elutasításban, ahogy abban is, hogy rendkívül türelmetlenné is válhat valaki, ha nagyon más zenét kap, mint amit várt vagy értett, vagy szeretett volna kapni.

Tehát a környezet hangzásvilágából, a zene funkciójából így vezettem végig a hangzások, illetve a zene felfogásának különbségeit az esztétikai értékekig. Eljutottam ahhoz a következtetéshez – akkor már kitágítottam [az elemzést] a művészetszociológia irányába is, – hogy a kultúrát önmagából a kultúrából sem megérteni, sem megmagyarázni nem lehet. Ehhez ismerni kell azt az életrendszert is, amibe beépülhet egy általunk esztétikailag értékesnek tartott zene. Itt olyan nyelvi, valóságos megértési különbségek vannak, nehézségek a felfogásában, az úgynevezett „komolyzene” megértésében – most ezt a kifejezést ne vitassuk, lehetne – ahhoz rákészülés kell, iskoláztatás és sok más feltétel is, ami nem adatott meg a többségnek. De ezek nélkül a felkészültséget adó társadalmi feltételek nélkül nem lehet eljutni a magasabb szintű zene világához. Azt viszont tudni kell, és meg kell érteni azt is, hogy valakinek miért akkor a *beat*, miért most a rock, miért a keményrock, miért a *heavy metal*, a *funky* stb., ami örömet okoz. Tudni kell megérteni azt is, ami tőlem távol álló, de másnak fontos, másnak az a Zene, ami „jól szól”, akkor is, ha az énvelem vagy a még magasabb ízlést képviselőkkel szemben áll. És azt is meg kell érteni: miért.

A zene személyesen érzett fontosságáról – esztétikai értéktől függetlenül – volt egy másik bevált kérdés, ami, mondhatni, „bejött”, szintén egy kvalitatív metódus része volt. Láttam akkoriban egy nagyon szép angol árnyjátékot. Arról szólt, hogy volt egy falu, ahol nagyon elevenen élt a zene, sokat muzsikáltak, meg énekeltek. Angliában többszölamú kórusokban énekeltek a faluhelyen is. Kodály sokat hivatkozott rájuk, példaként tekintette, és ezt szerette volna elérni nálunk is, hogy faluban, városban hasonló módon éljenek, és összejöjjenek közös zenélésért. Ennek a kis falunak, ami tele volt zenével, dallal és zenei örömmel, a szomszédságában élt egy gonosz varázsló, aki – már nem emlékszem miért – megharagudott a falu népére, és elhatározta, hogy bosszút áll rajtuk. És mi volt a bosszúja? Az, hogy minden hangszert, minden zenét, minden dalt elvett, s a falu ott maradt némán, csendesen, hangszerek, zene nélkül, éneklés nélkül.

Amikor a MÁVAG-ba jártam ki, hogy a zenéről folytassak beszélgetést a munkásokkal, igen vékony, törékeny ifiasszony voltam, 40 kiló körül, nem is voltam nagyon idős. Egy nagyon kedves szakszervezetis meg- szervezte nekem, hogy egy terembe jöjjenek be csoportosan különféle műhelyekből a melósok beszélgetés- re. Bejöttek a drehusok, az öntődei munkások. Ők jöttek először. Kétszer akkorák voltak, mint én, magasak, erősek, izmosak. És akkor leültek az asztal köré, leült velük szembe egy ilyen kis törékeny nő és azt mondja, hogy szeretnék magukkal a zenéről beszélgetni. Megdermedés. Akkor elmondtam nekik ezt a mesét. Figyel- tek. És utána azt kérdeztem tőlük: szerintük az tényleg büntetés, ha elveszik a zenét? Meghallgatták, elgon- dolkodtak és beszélni kezdtek. Az, amit elmondtak erre a mesére, hogy miért kell nekik a zene, ezt fogtam össze a könyvem egyik fejezetében. Mint előbb idéztem is, van egy gyűjteményem arról, hogy mit mondtak nagy emberek, nagy gondolkodók a zenéről. Az igazság az, hogy nagyon, szinte hasonlóan szép szövegeket hallottam erre a mesére válaszul, nagyon egyszerű mindennapi gondokkal és gondolatokkal élő emberektől.

Készült persze kérdőív is, volt a kutatásnak empirikus szakasza, amikor is meghatározott csoportokat vé- gíggkérdeztem a zenei műfajokról, hogy mit szeretnek, mit nem szeretnek, mit énekelnek, mit hallgatnak szí- vesen. Ez már egy korrekt, kvantifikálható kérdőív volt. Minden társadalmi feltételt megvizsgálva kérdeztem, a zenei érdeklődésén túl még azt is, hogy miket olvas, milyen műfajban aktív, mozi-, színházlátogatás stb. szokásaik vannak. Erős volt ezidőben a műkedvelő mozgalom: részt vettek színházban, kórusban, néptáncban. Ezekből alkottam blokkokat, hogy melyik milyen zenei műfaj, milyen szórakozási, művelődési, olvasási, színházi részvételi szokásokkal függ össze. Ekkoriban ez volt az első ilyen „struktúrában” való gondolkodás.

Olyan szerencse ért munkálkodásom közben, hogy nagyon kedves barátunk, Lipták Tamást,³⁸ aki nagysze- rű matematikus volt, nagyon érdekelte a témám, segített nekem a feldolgozásban. Angliába ment ki, '56-os volt, a forradalomban bebörtönözték, a valószínűség-számítás kiválósága volt. Akkor még logarléccel szá- moltuk ki a korrelációt és a Khi-négyzet erősségét. Úgyhogy amikor a Frankfurti Rádió zenei igazgatója a magyar eredetű Eckhart,³⁹ aki olvasta a könyvem, hazajött, megkeresett, hogy hol van az, aki ilyen korszerű szociológiai eszközökkel dolgozik.

Az első zenei kutatásomat több követte, néhány évig folytattam tovább, három vagy talán négy könyv- ben (1964a, 1964b, 1969, 1974a) írtam meg az elemzéseket, következtetéseket. Egyik könyvemben, a „Zene, Ifjúság, Mozgalom”-ban (1974b) a zenei mozgalmak szemszögéből elemeztem a korábbi évtizedek történetét. A kultúrpolitikai hatalom szándékai felől is átgondoltam a különböző szakaszokat. A szocialista korszakban négy fázist különböztettem meg: az első, értelmiségi illuzionizmus: hogy amit mi akarunk és mi szeretünk, azt kell adni a népnek. Erre az értelmiségi illúzióra, vágyra, törekvésre viszont már a kultúrpolitikai volunta- rizmus ráépült. Itt találkozott az értelmiségi messianizmus vaksága a politikai voluntarizmussal. A következő fázis az volt: amit mi adni akarunk, azt kell akarnia a népnek. Ez a sokat hivatkozott „*sollen*”,⁴⁰ a „legyen”, a „kell” akarása a „van”-nal szemben kérdése, ami jellemezte a szocialista kultúrpolitika kemény időszakát: voluntarista, kényszerítő és bürokratikus volt. A harmadik szakasz: hogy azt kell adni a népnek, amit akarniuk kellene. Ez amolyan felvilágosító habitus vagy attitűd, illetve ennek egy manipulációs változata. És végül is jött a negyedik fázis: hagyjuk meg a népet, zenéljen az ő kedvére. Ezekből következett, a Táncdalfesztivál, a

38 Lipták Tamás (1930–1998) matematikus. 1956-ban részt vett a forradalomban, elítélték, amnesztiával szabadult. Ezután csak jelentéktelen munkahelyeken dolgozhatott, egy ideig menekültként az Egyesült Királyságban élt. 1962-ben Kornai Jánossal közösen kidolgozott egy gazdasági modellt (kétszintű tervezés).

39 Nincs megbízható adat.

40 A *sein* (a van létige) és *sollen* (kell, szükséges) Hans Kelsen osztrák jogfilozófus fogalomhasználata, amely másfél évszázadon át erősen hatott a szociológiára.

hazai beatmozgalom és sok minden egyéb. Tehát ez az idő már valamilyen liberalizálódás volt, ahol lehetett ezt hagyni, például a zenében, hiszen '56 után nagyon sok mindenről tanulságot szűrt le a hatalom, s ez még egyszerű engedmény volt.

Az értelmiségi messianizmus találkozása a politikai voluntarizmussal nagyon komoly téma, arra intett, hogy egyszer és mindenkorra hagyjak fel a fentről jövő, kéretlen népboldogítással. [...] Az a sok meglepetés, ami a társadalom alakulása során ért, arra vitt, hogy értékeinkhez tartva magunkat ki kellene kerülni minden túl szorosra vett saját gondolkodáskörből, meg kell ismernünk tőlünk nemcsak társadalmi helyzetében távoleső, hanem más gondolkodásmódban élő emberek életét, igényét, szellemi értékeit. Rátaláltam egy görög mondásra, hogy az ember nem emelheti fel azt a kosarat, amiben benne ül. De az, hogy kiszálljon belőle, körbejárja és megnézzé, hogy voltaképpen mi van körülötte és milyen az a kosár, amiben ül, ez az, amit én a szociológiai munkámban megpróbáltam.

AZ EMBERI KÜZDÉS MINDENNAPJAI

Mindig az a feladat izgatott, hogy most valóban ismerjük meg a világot, ismerjük meg az embereket. Alapvető kutatási tapasztalatom volt, hogy a zenét nem lehet önmagában, a zenéből megérteni. Hanem abból kell kiindulni, milyen létrendszerbe épül és miért olyan sokféle forrásból merítenek, mit tartalmaz a tényleg létező alapigény a zenében. Ezért kerestem, kutattam, vizsgáltam meg a zene alapfunkcióit, sokféle társadalmi körülmény között; a környezeti hangzásvilágot, e viszony alapismérveit, és a zene különböző, de mindenki számára sokat adó értelmét, igazságát vagy érzelmi töltését. Ebből haladtam tovább.

Én úgy gondolom, abban különbözöm a tanítótól, profétától, papoktól, ideológustól, politikustól, hogy nekem mindig több a kérdésem, mint a válaszom. Én egy, a társadalmat megismerni, megérteni akaró kíváncsian kutató, kereső ember vagyok. Kérdéseim voltak, de kész válaszaim nem. A kérdéseim vittek kutatásról kutatásra az elmúlt öt évtizedben. A kutatási kiskaté szerint minden kutatás előtt elkészítettem hipotéziseimet. Elég modellszerűen írtam le, mi az, ami fontos, amit meg kellene tudni és milyen úton szeretném felderíteni. De azért annyira kutató vagyok, hogy az eredményeket nem láttam előre.

Először is meg kell találni a legjobb kérdéseket. Azért fontos, mert lehet, hogy én nem tudok jól válaszolni rájuk, de ha fontos és jó a kérdés, valaki majd csak megtalálja rá a választ. Kérdezni és kutatni már konkrétan a terepismeret és a mindennapi szóhasználat ismerete nélkül nem lehet. A válaszokat elemezni, az elemzés alapján bizonyítani, a bizonyítékokat megvizsgálni. Kétkedni. Lehet ez alkati, lehet éppen tudományos módszer, mindig nagyon kritikusan nézem az eredményeket, amelyekhez jutottam, és az abból következő állításokat is. Megnézem, milyen kérdés maradt nyitva, mire nem kaptunk választ, miért, és azt újra vagy tovább kell kérdezni. Saját állításaimat ismét megvizsgálni, átgondolni, hogy vajon mennyire állják meg a helyüket. Merrefelé nyitnak újabb kérdéseket? Elgondolkodni azon, hogy tényleg így van? Mit nem értek? Mire nincs magyarázat? Mi maradt le? Akkor út nyílik további kérdések és ismeretek felé. És újra kérdezni: kérdezni, elemezni, állítani, bizonyítani és a bizonyítékokat megvizsgálni. Mindenből meríteni és minden eszközt használni, ami segít a megértésben. Kerülni a ködösítést.

Így jutottam a zenei kutatástól az életmódig, majd tovább, az életmódtól az egészségi állapot kutatásáig, benne az én-erő magyarázatáig és a forrás kereséséig. Ez vezetett a gyerekvárás idejéhez, majd a testi-lelki megviseltség láttán, az átélt történelmi múlt hányattatásaiban az átélés/túlélésének kérdését tettem fel és a társadalmi traumatizáció kérdéseire jutottam.

Ha témáról újabb témára térve végigutazzuk a pályautamat, látjuk, a zenétől indult. Beláttam, hogy a zene egy életrendszerbe-létrendszerbe illeszkedik, azt kell megérteni. Ezt az életrendszert a külső feltételek kényszere diktálja, de belülről is vezérelt sorrendiség alakítja. Megvizsgálni, megérteni, hogy működik: honnan ered és mitől marad fent ez a belső fontossági sorrend, hol nyomja le a kényszer, és mikor maradhat fenn a belső szerveződési szándék. Az élet kényszerek közötti szervezésének relatív szabadsága. Az életmód kulcsszava a küzdés (*struggle for life*). Így vált egyik központi fogalommal, lehet mondani, kulcsszóvá az életmód témájában a küzdelem az élelemért, küzdés a lakásért, küzdés a fennmaradásért, egy kívánt helyzet eléréséért vagy pusztán az eddigi fenntartásáért. Már itt szembeütközött a küzdés következménye az egészségi állapotra a feltételek és lehetőségek között. A feszültség hogyan vált át betegséggé és hogyan rövidíti meg az életet. Az egészségi állapot és intézményeinek kutatásában a kulcsszavammá a kiszolgáltatottság vált: jellemző a megbetegedésre és az egészség-betegség intézményrendszerére is. Egyik könyvem címe is erről szól: A kiszolgáltatottság anatómiája (1986).

Az emberi küzdés mindennapjait és nehézségeit, sikertelenségeit és győzelmeit követtük. Onnan két irányba folytattam a kutatást: az én-erő forrását, a belső erő eredetét a gyerekvárásnál kezdtem keresni. A testi romlást, lelki sérüléseket pedig a történelem 20. századi hányattatásait, társadalmi fordulatait elszenvedő családok többgenerációs életút kutatása és túlélési módjai felé vezettek. A megküzdés a múlttal és az új helyzettel az egyik, ha nem a legelső szociológiai traumatizáció kutatássá vált aztán (Ez volt a Sorsba fordult történelem alapkutatása.)

Azért tévedés ne essék, ez most olyan így elmondva, mintha minden terveim szerint, simán ment volna, kutatásról kutatásra. Korántsem így volt. Nagyon sok a szaggatottság sok minden keresztezte terveimet. Központi forrásból pénzt kutatásra (OTKA, Akadémia) 1992-ben kaptam először.⁴¹ Ahogy minden könyvnek megvan a maga története, minden kutatási elképzelésemnek is. Olykor szomorú, olykor groteszkbe illő meséje van. Mostanában dobtam ki pályázataim „visszaütasításainak” dossziéját. Nem érdekel, felejtjük el, hiszen az éppen adott lehetőségeim között megtettem, amit tudtam.

A békési kutatás⁴² csak később vált életmódkutatássá. Voltaképpen az életrendszert megismerő fogalomkörre vált, amire a zeneszociológiai átgondolása után jutottam. Eredetileg úgy indult, hogy Erdei Ferenc,⁴³ az Akadémia akkori főtitkára megkeresett engem. Tudta, hogy nekem a falukutató irodalom az egyik megalapozó élményem volt, még diákkoromban. Azt is tudta, hogy engem nagyon érdekel a vidéki Magyarország, különösen azok a területek, amelyek távol esnek a központtól. Ahonnan se a híruk, se az emberek nem jutnak el a „központig”, nem jut „fel” még a hangjuk se Budapestre, ebben az erősen fővárosra centralizált országban. Ha én választhattam kutatói terepet, mindig a fővárostól a legmesszebb eső területet választottam. De Békés megye maga sétált be az én érdeklődési körömbé. Azt kérték a főtitkártól a Békés megyei tanács emberei, hogy jöjjenek szociológusok a megyébe és vizsgálják meg a lakosság érdeklődését ott helyben, mert hiába építik a legjobb kultúrházakat, a legszebb szándékkal és formában, könyvtárral, mozival, színpaddal, programmal, alig megy be valaki, nem látogatják, legyen bármilyen vonzó programjuk. Erdei megkérdezett: nem akarja-e Losonczy, maga megváltani Békés megyét? Mondtam, hogy dehogynem! Ha már a nagyobb volumenű megváltás elmaradt ez ideig.

41 A nyertesek és a vesztesek az új magyar polgárosulásban. Kutatásvezető: Losonczy Ágnes. OTKA (T Q 18129, T 3135) 1992. Illetve folytatása: Életstratégiák és változásai egy budapesti negyedben.

42 A közel egy évtizedig folyó (1968–1978) vizsgálat során szisztematikusan feltérképezték a békési falvak, kisvárosok létfeltételeit, anyagi és tárgyi viszonyait, a történelmi minták továbbélését, a mindennapokat vezérlő értékeket.

43 Erdei Ferenc (1910–1971) szociológus, szociográfus, a népi írók csoportjának tagja.

A kérdés, amit föltek nekünk, hasonló volt ahhoz, amiért én a zeneszociológiai kutatáshoz fogtam: népboldogító törekvés a nép akarata nélkül. Következésképpen arra gondoltam, hogy azt a tapasztalatot, amit én az előző kutatásomban szereztem, most nagyobb összefüggésben lehetne megnézni: miért nem működik a népművelés intézményrendszere, amit a „közösség jobbulásáért”, műveltségéért, aktivitásának szervezésére hoztak létre? „Miért nem mennek jól” ezek a művelődési házak, miért nem járnak oda az emberek, hogy előadást hallgassanak, kórusban vegyenek részt, járjanak táncsoportba, játsszanak színházat, vegyék igénybe a könyvtárakat? Mikor ennyi kultúrházat megépítettek nagyon-nagyon sok költséggel, és nagyon sok népi, sőt közös erőfeszítéssel. Úgyhogy nagyon lelkesen mentem le akkor, és mentünk le később Sas Judittal, Kónya Judittal⁴⁴ és Kárpáti Zoltánnal⁴⁵ együtt. Kezdetben ez a népművelés, a közművelődés kérdése volt, és ezt tágitottam ki – éppen az én zeneszociológiai tapasztalataim alapján – életmódkutatássá.

Amit tudhattam már korábban is, hogy sok minden fontos van a világon, de a legfontosabb: fenntartani az életet, életben maradni. Ahhoz, hogy valaki életben tudjon maradni bárhol – akkor 1969-et írtunk, délkelet Alföldön, Békés megyében, nagyon nehéz körülmények között éltek – az sok küzdelmet, nagy fáradságot kíván. Sok volt a rosszul működő tsz, nagyon sok az apró, szórt település. Ott volt a legnagyobb arányú tanya-világ akkoriban is. Rossz úthálózat, rossz ellátási hálózat. Volt ugyan gazdag része és jól működő termelőszövetkezete is, de igazából nem ez volt a jellemző. Nem volt véletlen az, hogy annak idején Békés megyének az alsó, déli csücskét Viharsaroknak nevezték lázadásaik miatt. Az agrárproletárok és azok a szegény parasztok, akik a földjükből nem tudtak megélni, el kellett járjanak munkát keresni, mert Békés nem adott nekik életlehetőséget. Volt történelmi, irodalmi ismeretem is falukutatóktól. Féja⁴⁶ munkáit olvastuk, tudtunk a perről, amit a Viharsarok (1937) című művéért indítottak.⁴⁷ Ahogyan Szabó Zoltán⁴⁸ hatása, így Féja műve is ihlető élményem, élményünk volt, ugyancsak ifjúkoromból.

Itt igazolódott az a gondolat, hogy az életrendszer, az életvitel ismerete nélkül nem lehet megérteni semmit, azt se, amit kultúrájának nevezünk. Másodlagos az, hogy ki mit szeret olvasni vagy ki mit szeret nézni, hogy mit csinál a szabadidejével, ha van neki vagy ha éppen túl sok van belőle. Ezért először azt néztük meg, hogy hogyan élnek, hogy küzdenek a mindennapi létfenntartásért, a mindennapi élelemért, a lakásért. És ez lett a kutatás középpontja: hogyan élnek 1969-ben Békés megyében az emberek, mi az ő életük központi motorja és az érdeklődési körük.

Már itt kialakult – ha úgy tetszik, a munkám azóta is tartó megalapozása –, hogy először ki kell ismerni magam a területen. „Talpalással”, a terep bejárásával kezdtem. Én nem „karosszék-szociológus” vagyok, hanem terepjáró. A terepen életet kereső, saját szemmel látni akaró, kutató-kereső szociológus vagyok. Számomra fontos, hogy „érzekelem” a helyet, az ottani világot, beszélgessek az ott élő emberekkel, lássam a mozgás-

44 Kónya Judit fiatal szociológusként kérdezőbiztos volt a békési kutatásban. Később kisebbség- és vallásszociológiával foglalkozott.

45 Kárpáti Zoltán (1944–2019) fiatal szociológusként kérdezőbiztos volt a békési kutatásban. Később az MTA Szociológiai Intézetének munkatársaként gazdaság- és jogszociológiai kutatásokat végzett.

46 Féja Géza (1900–1968) író, újságíró, szerkesztő, állami polgári iskolai tanár. A falukutatók mozgalmának egyik ösztönzője, a népi írókat tömörítő Válasz folyóirat teoretikusa. Bajcsy-Zsilinszky Endre köréhez tartozott, 1931-ben a Nemzeti Radikális Párt egyik szervezője volt, részt vett a Márciusi Front programjának kidolgozásában.

47 Félát a könyvéért nemzetgyalázás címén perbe fogták, majd elítélték, tanári állásából elbocsátották.

48 Szabó Zoltán (1912–1984) Baumgarten-díjas író, falukutató, publicista, lap- és könyvszerkesztő, a szociográfiai irodalom klasszikusa, A tardi helyzet (1936) és a Cifra nyomorúság (1938) című művek szerzője. A Magyar Nemzet munkatársaként 1939 nyarán „Szellemi Honvédelem” elnevezéssel mozgalmat hirdetett a nemzetiszocialista és nyilas befolyás ellen. 1949-től haláláig nyugat-európai emigrációban élt és dolgozott.

terüket, a házakat, településeket, az emberi mozgásokat, ahol kutatni fogok. Aztán jön a felkészülés – ez már a tudomány technikai minimuma – statisztikából, közgazdasági feltételeikből, az iskolázottság színvonaláról és a történelmi előzményekkel is stb. felvértezve magunkat. Összeszedtünk az anyagokat a mezőgazdaság állapotáról, a települések helyzetéről, a jövedelmi szintről, milyen különbség van például a különböző térszerek munkaegységei között, meg összegyűjtöttük a megyére vonatkozó történelmi-társadalmi irodalmat, ami igen gazdag volt, akkor is ott, Békés megyében. Ezután, ha az általános információkat is beszereztük, utána kezdtük a kérdőívet felépíteni. A felvételek előkészítésében és lebonyolításában sokat segítettek a Művelődési Osztály emberei. Még biciklit is adtak nekünk, hogy olyan helyre is elmehessünk, ahol rossz az út, nincs vonat vagy nincs autóbusz. Mi meg beszélgettünk, bekopogtunk a házakba is.

Ez az első nagy, egész megyére kiterjedő vizsgálat volt, amelyet a szociológiában ismert mintaválasztás előzött meg, itt települési szintek szerint. Elég szigorúan igyekeztünk betartani [a szakmai szabályokat]. Próbáltuk úgy szerkeszteni a kérdőíveket, hogy abból ne csak az általánosítható tények [legyenek megállapíthatóak], hanem az egyes ember életéről, egyéniségéről is képet kapjunk: hol vannak a személyes gondok, hogyan illeszkedik az egyes ember maga és családja közvetlen közösségeinek tágabb társadalmi terébe.

A kutatáshoz egy érdeklődő egyetemista csoportot kértünk fel, ők voltak a kérdezők, járták a falvakat. Azóta nagy emberek lettek közülük többen, kiválóak a szakmájukban. Egyeseket nagyon megragadott a kutatás és a hely, például Vági Gábort,⁴⁹ aki évekig járt le Mezőhegyesre, kutatott és tárt föl izgalmas társadalmi folyamatokat. Szomorú korai halála után Závada⁵⁰ adta ki kitűnő művét (1994). (Volt ellenpélda is, aki kinevette az egész kutatást, és az árok partján töltötte ki barátjával a kérdőíveket).

Ami először szembetűnő volt nekem – miután korábban a szellemi és a lelki táplálék volt számomra a fontos, sőt, szinte mindenekelőtt való – szembesültem nap mint nap azzal, hogy mekkora feszültség van a fennmaradás akarata és a társadalom kényszerei között. Mennyit kell küszködni minden nap az ételért az élet fenntartásának ezen az elemi szintjén: a kenyérért, a szó szoros és átvitt értelmében is. Első szinten jövedelmi kérdésnek látszott, de nem csak ez determinálta: hiszen már ebben kifejeződött a termelés alacsony színvonala, az ellátás gyengeségei és az állandósult hiány. Az úthálózat, a bolthálózat gyengesége lehetetlenné tette el a hozzájutást a létfenntartás legelemibb szükségleteihez is. Erős küzdelem folyik azért is, hogy talpon maradjanak, fennmaradjanak, gyereket neveljenek, iskoláztassanak. Vagy mennyire nem volt könnyű például eljutni az iskolába, szakmát tanulni, aztán pedig a szakmát gyakorolni. Mikor azt mondták „fent”, hogy megoldódott az úthálózat az országban, pedig egyáltalán nem oldódott meg; mondták azt, hogy villamosítva van egész Magyarország; nem volt villamosítva. Hogy nincs éhezés. Volt. Hogy mindenhová kiterjedt az orvosi ellátás. Nem terjedt ki.

És itt erősödött meg a meggyőződésem a szociológia egyik alapfunkcióját illetően, hogy minden hazugsággal, minden ideológiával és minden propagandával szemben a valóságot, a tények valóságát – hogy ne mondjam rögválóságot – kell megmutatni. És a mi kötelességünk vagy a mi feladatunk az, hogy ezt föltárjuk. És megmutassuk a valóságot, azzal szemben, amit „fent” mondanak, hírelnek: mi az, ami valójában van. [...] Ami a hivatalos propagandában úgy hangzott, hogy minden meg van oldva és minden tökéletes, csak az emberek elmaradtak – ugye a „tudat elmaradt a léttől” marxista szlogen volt stb. – távol esett attól, hogy mi van a valóságban.

49 Vági Gábor (1947–1990) szociológus, szociográfus, a Holmi folyóirat szerkesztője.

50 Závada Pál (1954–) Kossuth- és József Attila-díjas szlovák származású magyar író, szerkesztő, szociológus, 1982–1993 között az MTA Szociológiai Kutatóintézetének munkatársa volt.

Az empirikus felvétel során összegyűjtöttük és áttekintettük azokat az elemi tárgyi szükségleteket, amelyekkel az élet fenntartható és az élet tovább élhető. Akkor találkoztam a táplálkozásnak ezzel a mindenekelelőtt lévő fontosságával, és azzal is, hogy nem megengedhető az a fölény, ahogy lenéznek a szegény vagy a korábban szegény emberek ételért érzett mohóságát, akiknek a „hasuk a mindenük”. Ahogy a szegény ember sóvárog az ételre, Móricz gyönyörű novelláját kell felidézni: az „Egyszer jóllakni” írására emlékeztetek most. Ma is soknak elemi élménye a jóllakás. Hiszen sokszor élték át szegény sorsban lévő generációk a nagy éhezések korszakát. Sokszor nem volt mit enni, vagy aki szegény, az nem tudott jól enni. Nagy éhezési hullámok voltak a 30-as években, a háború idején, a háború után, és megnőtt az éhezők köre a téesz szervezése idején, amikor lezuhant a mezőgazdaság termelése és leromlott a közellátás. Egyébként könyvemben is olvashatóak a statisztikai adatok erről, s hogy hány éhezési hullámon ment át az ország, különösen az elmaradott részekben, például az alföldi lakosság elmaradott térségei, alulmaradt emberei, akiket mi Békés megyében megtaláltunk. [...]

Azt, ahogy a zenétől a táplálkozásig jutottam, Erdélyben értették meg legjobban. Ott jelent meg egy rendkívül érdekes cikk arról, hogy a Losonczy Ágnes a zenétől hogyan jutott el a táplálkozásig. Annyira megértették, ahogy kevesen: mit is jelent ez: az egyik a szellemnek egy fenntartó tápláléka, a másik pedig a mindennapi táplálék, ami nélkül nem marad életben az ember. Ha a mindennapi táplálék nem is kerül mindig a szellem fenntartó ereje mögé, azért az elemi létfeltétel, többször volt része a huszadik században élt embereknek, az éhezés neurózisa sokkal mélyebben beivódott az emberekbe, mint bármi más a tárgyi szükségletek közül. Ezért fontos, hogy a zenétől, a magas színvonalú, arisztokratikus elvárású zenék megértetésétől és ennek kudarától a mindennapi táplálkozás kérdéséig jutottam el. Az életmódkönyvemből (1977) ennek a témának lett a legnagyobb visszhangja, majd a történelmi modelleknek, illetve a történelmi, társadalmi előképeknek (1972).

MÓDSZERTANI TÖBB LÁBON ÁLLÁS

Amikor befejeztem a békési kutatás adatainak feldolgozását, ott álltam a nagy empirikus halmazok tetején. Rám zúdult nemcsak a gyűjtött anyagért érzett felelősség, hanem a feltáruló hiányok halmaza is. Egyszerre csak rájöttem, hogy nem kapok választ egy sor alapvető kérdésre: azokra, amik éppen a kutatás során kerültek elébem. Nem kaptam választ a rengeteg tényanyag ellenére sem arra például, hogy hogyan élnek tovább a hagyományok. Miben fejeződik ki a jelenlegi társadalmi hierarchia? Olyan egyszerű hierarchikus „mutató”, hogy a falvak a járdát vajon miért csak a tanácssháztól a tanácselnök lakásáig, párháztól a párttitkárig építették ki? De ennél még mindennapibb egyszerű szokás, mint a csirkeelosztás kifejezi a hierarchiát: ki kapja a combját, ki a szárnyát, ki a farhátat? Miért ül az asszony a sarokra a sámlin, ha az ember az asztalnál eszik? Vagy komolyabb[ra fordítva a szót]: hogyan történhet meg az, hogy egy paraszti családból elszármazott fiatal elvégzi a tanítóképzőt, hazamegy, funkciót kap, és úgy viselkedik, mint a régi szolgabíró? Hogy valaki, aki cselédember volt és vezető káderré változik, hogyan veszi át a dzsentriszokásokat?

Nagyon fontos társadalmiállapot-mutatókat hozott felszínre az empirikus adatok sora: a táplálkozásról, lakásról, családi munkamegosztásról, a gyerekek iskolázottságáról stb., de az előző kérdésekre ezek az adatok egyszerűen nem adtak választ. Kaptunk választ arra, hogy hányszor eszik húst egy hónapban, ha egyáltalán eszik húst, kaptunk választ arra, hogy jól lakik vagy nem lakik jól, hogy hány földes szoba van, hogy kik vannak bekapcsolva a villany hálózatába, milyen úton lehet eljutni a munkához, haza, vásárolni, milyen az úthálózat stb. De arra nem kaptunk választ, ami az élet bensőbb viszonyainak jellegzetessége. A hagyományok fennmaradása, a tanult vagy átvett példaképeknek követése. Ami akkor is vezeti, ha életében nem találkozott egy

igazidszentrivel vagy egy igazi szolgabíróval. Ekkor elkezdtem gondolkodni, mi hiányzik. Megvoltak az anyagi tényezők adatai, megvoltak a társadalmi feltételek, a statisztikai alapadatok: ezek a tények. De hol van még a lényeg? Akkor fordultam a történelem, a történelmi életmód mögöttes formái, sőt, lényeges és a korábbi időben kialakult jelenségei felé.

Később kidolgoztam az életmódnak elméleti modelljét is, ami aztán a könyvemben (1977) is megjelent. Az életmód egymással összefüggő nagy egységeit: az anyagi, tárgyi viszonyokat mint a mindennapi élet megalapozó feltételeit, a történelmi előzményeket, amelyek a máig élő múltat magyarázzák, a belső szervező és magyarázó értékek világát, ami a kényszerek között a döntést és válogatást befolyásolják és az emberi kapcsolatok, amelyek hálója mindent átfog, hol segít, hol gátol. Mindegyik témakör más és más módszer alkalmazását kívánta.

[...]

Én a magam útját jártam. Engem a társadalmi tapasztalat és a kutatások tapasztalata vitt egyik témától a másik témához. Nemcsak kérdeztem, vizsgáltam, elemeztem, hanem utánajártam sok mindennek, ami megválaszolatlan kérdéseket hagyott bennem. Sok évet fordítottam egy-egy kutatásra. Az életmódkutatás több évig tartott, több oldalról is közelítettem. Az egészségpszichológiai kutatások csaknem két évtizedet vettek igénybe. Talán jellemző lehet az egészségpszichológia kutatásának gondolati indulása. Amikor rányílt a szemem erre a nagy társadalmi gondra.

A békési útjaimon – még a nagy kérdőíves vizsgálat előtt történt – egy kistelepülésre jutottam, ahol egy idős asszony behívott hozzánk, tudnék-e segíteni gondjaikban. Bevittek a szobába, ahol az ágyban feküdt az asszony, másik, lócaszerű fekhelyen feküdt az ember, az öreg nagymama szolgált ki őket. És egy nagyon-nagyon sápadt kisgyerek – sápkórósnak mondták ezt gyerekkoromban – játszott ott. Kiderült, hogy TBC-sek. Az asszony is, a férj is, és a gyerek komolyan veszélyeztetett. És hiába volt az országban egy tényleg átfogó TBC-elleni program, amit akkor a tüdőgyógyászok szerveztek, odáig nem jutott el. Őket nem kötelezték arra, ami a városlakóknak kötelező volt: a tüdőszűrésre. Idáig nem ért le az egészségügyi szervezet „keze”. Ezt a tapasztalatot több követte a megyében a kutatásunk során, a látható alkoholizmus, az elmondott betegségek és a gyógyítás hiánya, közöttük sok idegbetegség, az alultáplált gyerekek és mindenütt a hiányos orvosi hálózat, és hogy mennyire nehéz eljutni a gyógyító forrásokhoz. Hogy hol az éhezés és/vagy a rossz táplálkozás, hol az egészségtelen lakás, a földes padlók, a környezet, amiben éltek, ahogy a víz fölkúszott a falakon... Már az első belépéskor világos volt, hogy ez nem az a környezet, amiből az egészséges emberek kikerülnek. Vagy amiből, hogy pontosabban fogalmazzak, egészségesen kerülhetnek ki az emberek. Tehát ez már előrevetítette annak a feladatnak a vállalását, hogy akkor ezek után nézzük meg, hogy az a küzdelem, amibe az életfenntartás kerül, és az, amit ezért kapnak viszonyosságként a nagy társadalmi elosztási rendszerekből, az vajon mennyire tartja épen, és mennyire betegíti az embereket. Az az aránytalanság, amivel állandóan szemközt találkoztam, az indított a következő kérdéshez: a népegészségi állapot megismeréséhez.

Azt hiszem, a módszereket illetően a „több lábon állás” volt az én biztonsági elemem. Nekem nagyon fontos volt az empirikus megalapozás mindegyik kutatásomban. Hasonlóan az emberhez, ahol a csontrendszerre épül fel a test, az védi meg a belső szerveket is, nekem az empiria olyan, mint az emberi szervezetnek a csontrendszere. Az empirikus kutatás adta a támasztékot, de sok fontos tény megismerésére nem volt elegendő – legalábbis nekem –, ezért került többször is sor a személyes interjúkra. A biztonságosabb átlátás, a fenntartó szerkezeti elem stabilitása nélkül, nem tudtam volna biztonsággal értelmezni az egyéni válaszokat.

A személyes interjú nagyon fontos, ezzel dolgozom kiindulásképpen, szeretem és mindig szükségem is van rá. Az első zenei kutatásomtól a legutolsó életútinterjúkig, mindig mindkét módszert használtam, sőt minden empirikus kutatást interjúval alapoztam meg.

Szeretem a nagyon egyszerű, az egyes emberre irányuló kérdéseket, illetve teljes válaszaikat beilleszteni az elemzésbe, hiszen ezek valóban interjúként funkcionálnak. Jól tudtam dolgozni az úgynevezett projektív tesztekkel, amelyeket mindig az adott helyzetre találtunk ki vagy találtunk meg. Ilyennek tartom az elmondott mesét vagy az életmódban a különböző anyagi kezelési típusok megítélését meg az értékekre irányuló kérdéseket stb. Szeretem a kicsit provokáló kérdéseket, amelyekre indulatból érzelmi töltésű választ adhatnak. De használtam az egészségpszociológiai kutatásban olyan egyszerű köznapi kérdést is: „Hogy van? Hogy érzi magát?”

Fontos volt ezért is a többféle módszer, mint ahogyan a különböző források alkalmazása is. Az ismert, lehetséges kutatási eszközök között azokat kerestem meg, amelyek éppen annak a témának a felderítésére legalkalmasabbnak tűnő forrásanyag volt. Voltak, akik kifogásolták például, hogy szépirodalmi forrásokat is használtam történelmi életmódmodellek magyarázatához, néha egy verssort is a „bizonyítékok közé” soroltam, vagy hogy sok volt a szabad kérdések aránya a kérdezéseknél stb., de hát ezek az eszközök mind segítettek, hogy közelebb kerüljek a megismeréshez, a megértéshez és a megértetéshez.

Az empirikus kutatás, tehát a kérdőívek szociológiai technikái, a számokká változtatott tények, tapasztalatok azért voltak fontosak, mert a korszak és a szocialista rendszer, amiben elkezdtük a kutatást, egy hiperracionális eszmerendszert akart igazolni, abban élt vagy élt volna felfogása szerint. Ez a hiperracionalitás fordult aztán irracionálisba, éppen a racionalitás ellentétéjébe. Erről Max Webernek vannak fontos szövegei. Ennek a bizonyos hiperracionalitásnak a propagandája is a számokkal érvelt, azzal „igazolta” meggyőződését és használta meggyőzésre. Az empirikus kutatás bizonyítékai azért voltak fontosak, mivel hittek a számokban, a racionális megközelítésben, és a propagandában alkalmazott elkonzervált vagy konstruált, sokszor hamis számokkal szemben, mi is a számokkal, a valóságból kivont, abból felépített tényrendszerrel érveltünk. Bizonytalan korok, bizonytalan hatalmak éppen, ha nagyon magabiztosaknak akarnak látszani, igénylik a számok megerősítő képességeit, saját hasznukra fordítva. Biztosabbak, ha számokban fejezik ki, ami van vagy éppen nincs, és jobban hisznek a számoknak, mint a gondolatoknak, a logikának.

A békési kutatásunkban fontos volt az éhezés, illetve a rossz táplálkozás: kiderült, hiszen egy heti étkezését kísértünk végig a családoknak. Ha csak interjúzunk, egy-két emberrel beszélünk, akkor azt mondják, hogy ez esetleges és véletlen. Ha egy heti menüt feldolgozunk és a lakossági mintán igazoljuk: kiderül a bizonyítékokból, hogy a népesség arányához képest mekkora a rosszul táplálkozók aránya. Friss kenyérhez se jutnak mindennap. Ezek tények voltak, komoly arányok, konkrét mutatók. Hogy a másik kutatási területről is hozzak példát: az egészségi állapot kutatása során ugyancsak alapvető bizonyítékokhoz segített az empirikus kutatás. Különösen mert kiderült, hogy az az állítás, miszerint, „az egészségügyi ellátás ingyenes, általános és egyenlő”, ez egyszerűen nem igaz. Nem volt egyenlő, hiszen nagy területi és ellátási különbségek voltak; nem volt ingyenes, hiszen csaknem mindenütt élt a hálapénz szokása; és nem volt általánosan biztosítva mindenki, hiszen a mezőgazdasági dolgozók általános biztosítása sokáig késett. (Sok vitám volt személyesen az egészségügy funkcionáriusaival.) Az egészségügyi kutatás empirikus alapjának befejezése után pontosan kiderült, számszerű bizonyítékokkal alátámasztva, hogy hol maradnak le területek, hol záródnak ki az aprófalvak, hol nem kerülnek gyógyításra azok, akik vagy nem tudják fölismerni a betegséget, vagy ha felismerik, nem tud-

nak eljutni orvoshoz, vagy nem jutnak, és nem kapnak megfelelő kórházi gyógyítást. A valóságban, térben, kultúrában, társadalmi szintek között óriási különbségek voltak a betegek hozzájutási esélyeiben és az egészségügyi intézményrendszerek területi megoszlása miatt is. Ehhez kellett az empirikus kutatás bizonyítéka.

[...]

A kvantifikáláskor, tehát amikor a tényeket az empirikus kutatásból leszűröm, tulajdonképpen durva eszközökkel dolgozom, ha emberi életről van szó. Olyan körülbelül, mintha egy óra szerkezetének megnyitására kalapáccsal nyúlnánk. Van, amihez csak finom szerszámokkal lehet közelíteni. A finom munka, a minőségi munka kell ahhoz, hogy felderítsük, ami a számok mögött van. A finom rugók megtalálása. A finom működés megértése. Nemcsak az az igaz, ami statisztikailag mérhető és számokkal igazolható. Mert ami mérhető, nem biztos, hogy mindig érthető, másrészt nem biztos, hogy a számok nem rejtenek el olyan valamit, ami éppen a számok értelmezése mögött rejtőzik. Ehhez kellenek a finom műszerek, a mérésen és mérhetőségen túl. A kvantitatív megközelítéseket én általában különféle kvalitatív módszerekkel tettem magam számára megközelíthetővé, érthetővé és érzékelhetővé. [...]

A KISZOLGÁLTATOTTSÁGOK LÁNCOLATA

Azt tudom mondani a pályautamról, hogy egyszerre volt egy szerencsétlen vagy nehéz korszak, ami a politikai és hatalmi kontrollt és beavatkozást illeti, és ugyanakkor bizonyos értelemben hálásabb volt szociológusnak lenni: akár a kérdezés, akár a munkánk visszhangja szempontjából. Akiket kérdeztünk, azok hálásak, elfogadók voltak, akik olvastak vagy hallgattak bennünket, azok együtt drukoltak velünk. Elfogadó és jó értelemben vett kritikus közönség, szinte támogató közösség állt mellettünk, mögöttünk. Jó volt szociológusnak lenni, mert rokonszenv és érdeklődés vett körül bennünket, éppen mert sokszor a hatalom ellenében derített fényt kutatásunk valami elfedett vagy hamisított helyzetre. Az olvasók éhesek voltak a „másik oldalra”, ami rejtve vagy fedve volt előttük. Hogy valaki valami fontosat megír, amiről másképpen van szó fennhangon, olyanok, akik ráadásul nem is rokonszenvesek a hatalomnak, sőt olykor üldözik is – ez vonzó volt a hallgató többségnek. Volt egy elég széles drukker gárda, olvasóink, közönségünk, akiknek fontos volt, mit csináltunk.

A kérdezés könnyűsége és a megírt munkák hatása és visszhangossága értelmében is jobb dolgunk volt. Most a kérdezésről beszélek: ez az idő volt az, amikor csak fentről lefelé mentek az utasítások, a döntések. Soha senki nem kérdezett meg senkit sem: hogy van, hogy érzi magát, mit csinál, miért küszködik, hogy jut a kenyérhez, hogy jut a munkához, hogy jut el bárhová? Tehát, egyszerűen az, hogy valaki azok felé fordul, akik ezt nem szokták meg, hogy kérdezzék és figyeljenek rájuk. Ezért is – szerintem – akikhez odamentünk, szívesen beszéltek magukról. Én személyesen soha nem találkoztam visszautasítással. Ritkák voltak azok az esetek is, amikor munkatársaimat visszautasították volna. Hát nyilván voltak, akiket kirúgtak vagy nem akartak szóba állni velük, de nálam viszonylag kevés volt úgynevezett válasszemetagadás. Azt hiszem, valahogy sikerült úgy kérdezni, hogy az a válasz fontos volt annak, akit megkérdeztünk. Az látszódtott, hogy ők fontosak nekünk, az ő válaszaikra nekünk szükségünk van.

[...] Amikor mi szerveztük vagy szerveztem a kutatásokat, arra nagyon vigyáztam, hogy a témák, a megközelítés olyan legyen, ami nemcsak nekem fontos, hanem aki elmondja, annak is fontos legyen a közlése. Tehát volt bizonyos értelemben valamilyen kölcsönös becslésen is alapuló, szinte terapikus funkciója, hogy beszélhetnek. Hogy fontos, amit mondanak, és figyelünk rájuk. És beszéltek is.

[...] A zalai kutatásban – amit a nagy kutatásaim között a legjobban szervezett, előkészített és bonyolított kutatásnak tartok – először feltérképeztük a települési szerkezetet, az utak, az úthálózat, a falvak állapotát, a foglalkoztatottságot. A települési mintában szerepet játszó üzemekről esettanulmányt készítettünk: a hagyományok, a földtulajdoni viszonyok, a jelenben és korábban stb. Megelőző tanulmányok voltak, mielőtt az empirikus kutatást elkezdtük. Az empirikus kutatás három szintre épült: volt egy kemény statisztikai kérdés-sor, egy lágyabb szociológiai és személyre szóló interjújellegű kérdéssor. A szociológiai kérdezés befejezése után került sor az orvosi vizsgálatokra, ahol a megkérdezettekről alapos anamnézist vettek fel.

Hogy egy kutatás elképzelése és megvalósítása között milyen különbség van, erre az egészségügyi kutatásunk igen szép példa. Az első terv az volt, hogy az egészségi állapot és intézményei működése alapján készítettünk a megyékről egy egészségi állapotra és intézményekre vonatkozó klaszteranalízist, amiből kiválasztottuk a három megyét, amelyek más és más karakterisztikával [rendelkeznek], de „behozzák” az ország jellegzetességeit. Kelet-nyugati tengely mentén választódott ki a három megye, ahol fontos összehasonlító kutatást is lehet tenni (Szabolcs, Nógrád, Vas). Hogy például Szabolcs megyéből hogy rúgtak ki bennünket, amikor a tervet elmondtuk, ez külön kisnovella tárgya lehetne. Az látható volt, hogy ilyen volumenű kutatást nem tud egy kis intézet megvalósítani, és ezért udvaroltunk az Egészségügyi Minisztériumnak és a KSH-nak, hogy együtt végezzük el az egészségi állapot és az egészségügyi intézmények működésének felvételét, minden intézmény szakmája szerint, összehangoltan. A mi szociológiai felvételünk ebbe épült volna. A tervet átnyújtottuk, de a nagy intézmények először ígérték, hogy részt vesznek, aztán kitértek előle. Végül saját magunk kerestünk olyan megyét, ahol elfogadnak és segítenek bennünket. Ez lett Zala megye. Érdeklődtek, örültek és sokat segítettek a munkánkban. Ott találtunk egy nagyszerű orvoscsoporthot, akik anamnézist vettek fel mindenkiről, akivel befejeztük a szociológiai felvételt. Ez igen alapos anamnézis volt, amit nagyon alaposan kidolgoztak a helyi körzeti, illetve a családorvosok, nemzetközi módszerre épített, de itthon is alkalmazható vizsgálattal, saját tapasztalatokat beépítve.

Magyarországon 1978–80-ban ez volt az első egészségyszociológiai felvétel. Leírja a társadalmi feltételeket összefüggésben az egészségi állapottal, az intézmények működését is és orvosi vizsgálattal együtt a véleményét is megtudtuk kinek-kinek saját egészségi állapotáról, a betegségeiről és az intézményrendszerek működéséről is. [...]

Igazolódtak azok a feltételezések, hogy a biológiai és a társadalmi összefüggések sokkal meghatározóbbak, mint gondoltuk, hogy a szegénység nemcsak rosszabb életet, de rövidebb élettartamot is eredményez, hogy – ahogyan idézték a könyvemből (1989) – „A szegénység árt az egészségnek!”⁵¹, és különösen a rossz életkörülmények között felnövő gyerekek súlyos egészségi állapotban élnek végig rövidebb életüket. Az egészségügyi kutatásból kiderül a betegség kialakulásában a társadalom terhelő és védelmi rendszerének a szerepe: ahol nagyobb a társadalmi tehertétel, és kevesebb jut a társadalom védelmi rendszeréből, ott felborul a biológiai egyensúly, felborul a homeosztázis, több és súlyosabb a megbetegedés.

Az is látható volt, hogy az egészségi állapot romlását, a betegséget és az egészségügyi rendszert a kiszolgáltatottságok láncolata jellemzi. A legkiszolgáltatottabb maga a beteg. Kiszolgáltatottja a társadalmi feltételeknek, ahol az életküzdelmeket a társadalmi megterheléssel szemben nem egyensúlyozza ki a társadalmi védelmi rendszere. A védelmi rendszer hiányai és a társadalmi terhelés súlyának következményei válnak betegséggé.

⁵¹ A kutatásból született könyvek még: Szalai 1986, Makara 1982.

A beteg kiszolgáltatott a saját testének, hiszen a biológia adottságait a társadalmi feladatok és elosztási viszonyok rontják vagy őrzik. A társadalmi feltételek ugyanis biológiaivá alakulnak, ahogyan a biológiai adottságok is társadalmivá válnak. A társadalmi helyzetén túl kiszolgáltatottja a területi egyenlőtlenségnek, amely szoros összefüggésben van az ellátási rendszer hiányaival és infrastrukturális különbségekkel. Hogy eljut vagy nem jut el időben, vagy későn a megfelelő vagy nem megfelelő gyógyításhoz. Kiszolgáltatott az orvosnak, akitől függ a betegsége kezelése, és aki egy zárt tudás birtokában van, egy másik társadalmi szinten él, más nyelven beszél, az rendelkezik testével, a lelke még nem jön szóba, de hatalmat kap a beteg fölött.

Nem csupán a beteg kerül kiszolgáltatott helyzetbe: kiszolgáltatottak másképpen, függő hatalmi helyzetükben az orvosok, először az egészségügyi rendszernek, ott is egyik oldalról az orvosi hierarchia foglyai, amiben a szakmapolitikától kapott vezetői hatalma érvényesül, más oldalról a pacienseknek, az ál-, illetve félpiacnak, hogy a betegek paraszolvenciájából hogyan részesül vagy éppen nem részesül. De a szocialista függési rendszerekben kiszolgáltatott törlendő, felesleges az egészségügy egésze is, nemcsak azért, mert a költségvetésből a maradékelv alapján részesedik, hanem működésének minden szegmensében, pénzparipa-fegyver elosztási gyakorlatában, személyi politikában, az egypárti politikai hatalom tartja kezében a döntést. Beleszól a legelemibb kérdésekbe, kinevezések nemcsak a legfelsőbb vezetéstől, de még a kerületi, megyei és városi párttitkároktól is függött. Az adott közpénzből közelség, távolság, rokonszenv, szolgálattelvés stb. kedveznek egyes kórházaknak, egyes orvosoknak, így a szakrendszer is foglya a politikának és a politikai hatalomnak. (A könyv borítója ezt fejezte ki Maurer Dóra kitűnő montázsán.)

[...] A „kemény” tények mellett az emberi erő-erőtlenség, boldogságképesség vagy boldogtalanság jelenléte/befolyása is megfogható. [...] Az élethez való viszony, az egészséghez való viszony egyszerű kérdések[re adott válaszok]ból is valahogy kihámozható. Belátható az ember élethez való viszonya: „köszönöm, jól vagyok, de minék”, vagy „úgy tudok örülni a kis napsütésnek is”. Ez tett kíváncsivá és vezetett a következő kutatás kérdéseihez. Az teljes mértékben bizonyított, hogy a társadalmi helyzet mindent „felülír”, mégis olykor azonos társadalmi helyzetben [lévő] vagy hasonló történelmi társadalmi tragédiát túlélő emberek között tűrőképességben, állóképességben, boldogságképességben, így az egészségében is, nagy különbségek is lehetnek. Nemcsak a társadalmi helyzet vagy a történelmi megrázkódtatások magyarázzák a belső állapotot.

FEL IS ÚT, LE IS ÚT

Kutatásaim során jutottam az Én-erő, a belső erő fontosságához. Kerestem ennek gyökereit és magyarázatát: honnan eredhet ez a belső ellenálló erő, mi alapozza meg? A „legegyszerűbb” úton mentünk a kezdetekig, sőt éppen az elé: lehet, ott kezdődik minden, ami fontos, ahogyan születése előtt várják, ahogyan fogadják az újonnan születettet: hogy akarták-e, hogy életre keljen vagy nem akarták, örömmel várják, kétségbeeséssel vagy sok szorongással? Sok más is fontos volt a gyerekvárás és szülés-születés kérdéseiben, erről a kutatás befejezésekor két kötetben (Losonczi–Hanák 1988, 1991) adtuk ki a tanulmányokat. Azóta sem került napvilágra hasonlóan átfogó vizsgálat.

Azt, hogy a gyerekvárás szülés-születés kutatását a budapesti agglomerációban kezdtük – és végeztük is – egy szerencsés fordulatnak köszönhetjük. Pályázatunkat elutasították, központi pénzt nem kaptunk, de a Pest-megyei Tanács Egészségügyi Osztálya támogatta a kutatást.⁵² Akkor ezt a munkát nagy reveláció kísérte, „ritkaságértéke” is volt, elég fontos eredményekre jutottunk. Eredeti tervem szerint ötvenként

52 Társadalmi fordulatok- Életfordulók. Terhesség – szülés – születés. Kutatásvezető: Losonczi Ágnes. 1988.

visszatértünk volna, hogy nyomon kövessük a gyerekek növekedését, életét. Sajnos nem sikerült folytatni, pedig ritka ismeretekhez juthattunk volna, hogy ismerjük valakinek a várandósági idejét, élet- és társadalmi körülményeit, azt, hogy a megszületésük előtt várták vagy nem várták, és születésük élményét is. De nem sikerült, erre már se pénzt nem kaptunk, már erőm se volt, hogy szerezzek és szervezzek. Nem lett folytatása. Most nagy öröömöm, hogy ifjú munkatársaim, akik nagyon szerették ezt a kutatást, most pályáztak és az OTKA-tól, kaptak pénzt a kutatás folytatására.⁵³ Az akkor várt és született gyerekek (1979–1980-volt a kutatás éve) már felnőtt, házasodó, sőt, gyerekváró korba kerültek. Izgalmas lesz az eredmény és az összehasonlítás.

Bekövetkezett a rendszerváltás, nagy kérdés volt az, hogy hogyan változott meg az élet a szocializmus összeomlása után. Milyen lehetőségek nyíltak meg és melyek tűntek el? Hogyan voltak képesek alkalmazkodni ilyen radikális társadalmi és gazdasági átalakuláshoz? Vagy hogyan tudtak megkapaszkodni, ha a gazdasági egzisztenciális talaj kicsúszott a lábak alól? E kérdés kapcsán érdekessé vált, hogy vajon a 20. század korábbi radikális változásait hogyan élték át, hogyan élték túl a szülők-nagyszülők, milyen „életstratégiákkal” tudtak fennmaradni, és van-e valami folyamatosság vagy ismétlődés a sokféle megszakítottságra adott életválasztó stratégiákban.

Ez az új kutatási irány⁵⁴ ugyancsak levezethető az előző témából, az egészségi állapot-kutatás továbbgondolásából. Abban ugyanis felvettük a betegségtörténetet az időpontokkal, és hozzá azt is, hogy milyen társadalmi radikális fordulatot, illetve történelmi változást, hányattatást kellett átélniük. Az volt a fontos, hogy találunk-e összefüggést a megrázkódtató társadalmi átalakulás idejével, a történelem beleszólása nyomot hagyott-e az egészségi állapot változásán, és ha igen, az mit jelez. Az új kutatási téma, amit egy a pesti negyedben indítottunk, három generáció életúttörténetének felvétele volt.⁵⁵ Erre a témára kaptam aztán – központi alapból először 1992-ben – anyagi támogatást is. Eredeti tervem szerint visszatértem volna a már korábbi kutatásom ismert, felmért és feldolgozott terepére, korábbi „tethelyünkre” (Heves, Békés, Zala), ahol lett volna bázis a korábbi kutatások alapján megfigyelni a bekövetkezett változásokat. De csak annyi pénzünk volt, hogy egy budapesti negyedben, kisebb volumenű, de intenzív kutatást indítsak, szervezzünk.

Itt megint győzött az élet valósága és a közvetlen interjúkból áradó élet tapasztalatai, az átélt traumák ereje, az elbeszélte életutak eleveensége a hipotetikus koncepcióval szemben. A téma ugyanis a „Polgárosodás nyertesei és vesztesei” volt, és a rendszerváltás idejére koncentrált volna. Ehhez viszont szükség volt az előzmények megismerésére is, így a 20. századi nagy társadalmi, történelmi politikai változások túlélési módját is megkérdeztük. Három generáció életútját, folyamatát és megtöréseit vettük fel, kiemelve kérdeztünk a legjobb és a legrosszabb fordulatokra. A polgárosodás folyamatának, alcíme szerint a „fel is út, le is út” megismeréséhez. Száz vállalkozót kerestünk fel, akiktől megtudtuk, hogy a második gazdaság ugyan kiteljesült-e vagy éppen fordítva, éppen megszűntek a korábbi lehetőségeik. A másik mintában, a családi interjúkból – szintén száz volt a kiválasztott család – szabályos szociológiai mintavétellel kerültek a kérdezettek közé. Tőlük megdöbbenő családi életutak történelmi korrajzát kaptuk a háromgenerációs interjúk során. Kiderült, hogy a 70 [értékelhető családirterjúból] mindössze négy család maradt változatlanul a „helyén”, a csaknem mindenkit érintő súlyos nehézségeken túl – háború, ostrom, megszállások – őket nem érte már személyes meghurcoltatás. A többi 64 család mindegyikében vagy a szülőnél, nagyszülőknél vagy a kérdezettnél személyesen valamikor volt, akinek többször is megtört az élete, a történelem forgandósága és az üldöztetés

53 A rendszerváltás megszületett és meg nem született gyermekei. Kutatásvezető: Dávid Bea. OTKA 2011–2013.

54 2002–2005-ben történt a kutatás.

55 A Teréz- és Erzsébetvárosi, döntően kvalitatív, emellett surveyt és videót is alkalmazó kutatás 1992–2005 között folyt.

különféle oka-módja miatt. Elmélyedve a kutatásban megváltozott a kutatás címe, témája: Hogyan lehetett és hogyan tudták „átélni, túlélni, megélni, – hogyan tudnak élni”? Ezeket a 20. századi családtörténeteket, amelyekben sok fájdalom gyűlt össze, néha hihetetlenül fájdalmas volt olvasni, feldolgozni. Nagyon megrendítő volt a szembesülés a történelem és társadalom fordulatai során átélt szenvedéseinek sokaságával.

Az viszont a módszerhez tartozik, hogy az empirikus adatokkal is megalapozott kutatásban, ahol az interjúkat csak magyarázó, megértő, illusztratív szövegnek szántam, az interjúk önálló életre keltek, felülkerekedtek saját jelentőségükkel. Az elmesélt életutak az adatokat háttérbe szorították, és én „nem akartam kódvagdalttá változtatni az érzékeny, átélt szövegeket”. Kutatói életemben először csak az interjúkkal dolgoztam. Igaz, két évig nem is engedtem ki a kezemből a könyvet, mert úgy éreztem, nincs eléggé megtámasztva az, amit állítok, ha „csak” interjúkkal bizonyítom. Ebből írtam a „Sorsba fordult történelem” című könyvem (2005), ami a magyarországi traumatizációról sokak szerint az első könyv és kutatás volt a holokauszt kutatásokon kívül. Közvetlen hatását tekintve, talán a legnagyobb sikert érte el munkáim közül. Sokan forgatták igen széles körben. Sok helyre hívtak előadni, különféle intézményekbe, egyetemekre, iskolákba. Vitatták papneveldekben, papi szemináriumokban, voltak gimnáziumok, ahol a kutatás példáját követve saját család-történeti kutatásokat kezdeményeztek. Több beszélgetésem volt tévében, rádiókban, szép visszhangja volt az újságokban is. A megmerevedő politikai állóháborúban több oldalról is kerestek, hívtak beszélgetni, sok mindenkinek vált fontossá, amit a kutatás felszínre hozott.

A SÜRGETŐ, LASSULÓ. GYORSULÓ IDŐ

Azért mondtam el ezt a kutatást, hogy alátámasszam korábbi állításomat: a valóságot, a tényeket hagytam beszélni, saját képzeitem helyett, esetleg mellette is. Mert ebben a pesti negyed kutatásban eredetileg a folyamatosságot kerestem és megtörettetést találtam. A jelent akartam megérteni és a múlt jelenébe találtam bele. Megdöbbenett, hogy hányféleképpen történik a történelem, az egyéni sorsokban átélt történelem. A társadalmi különbségek szociológiai mélységei helyett/mellett, annál is mélyebb hasadást okozott a történelem, és a társadalom alakulásának önkénye szerint változott, hogy mikor, ki volt a rab és ki a rabtartó, hogyan cseréltek helyet az áldozat és az üldöző, hogyan sebzett, emelt és süllyesztett le az önkények változása egyéneket és csoportokat, osztályokat és rendeket, magasból a mélybe és mélyből a magasba, súlyos és tartós sérüléseket okozva oly sok embernek. Az akkor berobbant múlt kimondásának szabaddá válása felszakított sok rejtett, elhallgatott, de soha el nem felejtett és nem is begyógyuló sebet. A traumák felidézése egymással szembefordította az együtt élőket. A sérelmeknek, a sebzettségnek nemcsak a kimondása volt nehéz, hanem a meghallgatása is, nehéz volt a sokféle szenvedést feldolgozni.

Ez volt az utolsó, eleven társadalomkutatásom. A hetvenéves koromban beadott – szerintem igen szép – pályázatom visszautasítása után eldöntöttem, abbahagyom: kutattam már eleget, kutassanak mások, első sorban a fiatalok. Nem megyek terepre, nem kutatok tovább. De volt adósságom, több is. Céloztak rá méltatóim, különösen a már kereknek tűnő évfordulóim kapcsán: hogy miért nem írtam meg, amikor minden könyvemben annyira jelenvaló, az Idő jelenlétét?

Rászántam magam. Itt már nincs külső terep, amit meg kell ismernem, de itt van a belső. Körülvesz az idő, az eltöltött élet hosszú ideje, a körülöttem változó idő, a sürgető, lassuló, gyorsuló, bennem is, velem is, ellenemre is működő idő. Mindig is ott volt kutatásaimban: a zenében a zene lényege, hogy az az időbeliség művészete; az életmódban, ahol nem érthető semmi az idő megértése nélkül (könyvem címe is ezt viseli).

Az egészségi állapot is, amelyik a biológiai és társadalmi időt rakja teherként és lehetőségként az emberek testére-lelkébe. Vagy legutolsó kutatásom: a múlt jelene és a jelen jövőjének kérdései, amiben ott van a gyerekvárás, az élet kezdete és az öregség, az élet végének tudása. Ezek mind-mind beleillettek ebbe a gondolatkörbe. Ebből lett „Az ember ideje” kutatásom és könyvem (2009).

No, és interjúalanyaim. Gyönyörűséges diskurzusom partnerei! Két évig dolgoztam úgy, hogy Thomas Mann, Szent Ágoston, Borges, Heidegger, Eliade, és fel se tudom sorolni, kinek, mindenkinek a könyvei vettek körül: a kínai bölcsek, az indiai filozófusok, őket is kérdeztem, velük beszélgettem. Sok fontosat mondtak, és talán magam is igen érdekes gondolatokhoz jutottam. Mi az idő? Merről merre folyik? Körkörösén halad vagy érinthetetlen folyamként árad előre? Miért és miként küzdünk vele? Fölébe kerekedhetünk vagy mindig legyőz bennünket? Amolyan „jutalomjáték” volt, öreg színészek játszhatták el ilyenkor kedves szerepüket. Nyolcvanadik évemet ünnepeltem megjelenésével.

[...] Amikor az ember rátalál egy nagy társadalmi dilemmára, ami izgatja, foglalkoztatja, a „témára” – bár lehet, hogy a téma talál rá – ez a találkozás meghatározó, ebben benne kell legyen a heurisztikus „rátalálás” és a megpillantás öröme. Ha megtaláltuk, tartós kapcsolatra kell számítani, hosszabb együttélésre készülni. Legalábbis nálam így történt. Nemcsak egyszerűen szeretni kell azt, amit kíváncsian követni akarunk, hanem az érdeklődés szenvedélye is kell hozzá, ami a kíváncsiságot éppen úgy, mint a kitartást, táplálja. Mit akarok megtudni, miért akarom éppen azt megfejteni annyi fontos társadalmi kérdés közül? De azért is kell szeretni, mert ha fontos, akkor az ember az életéből nagy időt szán majd rá. Akkor is, ha a választott téma a kutatás közben módosul, érlelődik és változik. Akkor is, ha az eredménye nem igazolja mindig a hipotéziseit. Egyszer Lazarsfelddel,⁵⁶ a nagy amerikai módszertanos proffal volt szerencsém találkozni, és panaszkodtam neki, hogy nem igazolta a kutatás a hipotézisemet. Azt mondta, örüljön neki, mert ebből látszik, hogy nem oktrojálta rá az előfeltevéseit az eredményre. Nem a saját gondolatait akarta igazolni a kutatásban.

A meglelt kérdésekre a feltáró kutatás ad választ, és az bizony eltérítheti a kutatót az eredeti kérdéseitől. Utána következik a terep „becserkészése”: hol lehet ezt a kutatást megvalósítani? Hol találok rá fogadót? Van, hogy „maga” jelentkezik, lásd a békési kutatás, van, hogy jól kidolgozott terveinket keresztezik intézmények, hatalmi ellenérzések vagy tiltások, együttműködés tagadása, megyei kiskirályok stb. (lásd egészség-szociológiai kutatás előzményei), és van, hogy pénzügyi keretek hiánya miatt csak szűkösen, adott helyben, helyszínen tudtunk kutatást szervezni (lásd kutatást a „pesti negyedben”). Ha már van terep, akkor arról irodalom kell, és helyismeret kell szerezni. A terepbejárás az, ami nekem kellett az érzékelés, az eszközök, módszerek kidolgozásához. A kérdőív kidolgozása közismert empirikus módszer. De túl az empirián nekem kellett a beszélgetés, azok meghallgatása, sőt meghallása, akiket felkerestünk, amit azok magunkról-magukról akarnak elmondani anélkül, hogy rájuk erőszakolnám az én szövegemet. Sokféle módját kerestem annak, hogy megközelítsem jó kérdésekkel a fontos választ, ha az élet teljes komplexitását úgyse lehet elérni, de azért törekedni lehet rá.

A kutatás szervezése a minta nagyságrendjétől és a hely meghatározásától függ. Ez már igazi hadművelet, komoly előkészítés és nagy szervezési feladat. [...] Amikor elkészült a felvétel, elkezdődik a feldolgozás, ott állunk egy irdatlan mennyiségű gyűjtött halmaz tetején, közepén, amit összehordtunk, összehoztunk. Egyszer valamelyik kutatásomnál a szobámban szétraktam csoportosításhoz az összes kérdőívet, interjúkat, bejött

⁵⁶ Lazarsfeld, Paul, Felix (1901–1976) a modern empirikus szociológiai módszertan egyik legnagyobb jelentőségű kutatója volt Amerikában. Párizsban az *École Pratique des Hautes Études*-ben találkoztak 1965-ben.

egy kollegám, ránézett a halmazzal elborított szobára és azt mondta biztatóan: „Na, látod, most kéne a négy oldalán meggyújtani és elégetni az egészet.” Ugyanis ezután következik a nagyon kemény munka: a gyűjtött anyag feldolgozása, az mindig izzadságos. Kódolás, gépbetáplálás, táblázás, kontrollálás, pontosítás, vagy hasonlóan kemény feladat az interjúk elemzése stb. [...] A kutatás fázisai különböző kutatói habitust kívánnak, a megpillantás örömétől a kidolgozáson keresztül az írásig. Kitalálni, megszervezni, munkatársakat találni. Hogyan történjen az egész, a hadművelet, a felvétel, a rendezés, táblázás, elemzés, számok, matematizálás, a szövegelemzés és végül az összegző alkotói munka.

Mikor az étkezési szokásokat feldolgoztuk, már szinte belecsavarodtunk a kódolásba. Akkor még szor-terrel, lyukkártyával dolgoztunk: „*tej naponta, vaj hetente, és szalonna nap, mint nap*”, vagy: „*földes padló, betonpadló, hajópadló, parkett*” – ezt már skandáltuk is. Aztán túl a táblákon: mi az, amit meg tudok fogni és igazolni talán. Igen, de mi van mögötte, mit jelent? Ez a mögé menni, meglátni. Akkor jön egy új nehézség, ez a finommunka, az interjúkkal és a kérdésekkel. Amikor mindez megvan – megmagyaráztuk, megtaláltuk – ha megtaláltuk az összefüggéseket, akkor kell visszamenni és megnézni a kiinduló hipotéziseket, hogy mi az, ami bejött, mi az, ami nem jött be. Hogy mennyire más jön be vagy más emelkedik ki, mint amire kérdeztünk.

Az ilyen kutatásokhoz, úgy gondolom, aszkézis kell. És én azt hiszem, hogy bizonyos értelemben vett szerepesség. hogy ne mondjak alázatot. És idő. Más a fázisok időtempírozása, más habitus kell a szakaszokhoz, tudni, mikor kell belemenni a mélységekbe, mikor visszavonulni, mikor van a nyitott akció, a pontosságot igénylő rendszerezés, meditálás, türelem, mit ad ki magából az anyag. Belemenni, aztán visszavonulni és gondolkozni. Ez már nem a „látványos” szakasz. Ha a végén mégis meglátják mások is, az más feltételektől függ. Azt jelenti, hogy valami fontosra vagy érdekesre nyitottam rá az ablakot. Hogy azt hoztam felszínre, ami a társadalomban visszhangra talált. Az adomány, vagy ha nem is adomány, de nem mindig függ össze a munka értékeivel.

Azt viszont fontosnak tartottam, hogy amit én megértettem, azt meg kell értetni másokkal is. A kérdés az, hogy kivel, kikkel. Ez már a kommunikáció törvénye, hogy mit, kiknek, hogyan és milyen eszközökkel. Fontosnak tartottam, hogy ha lehet, úgy írjak, hogy azt többen megértsék. Az írás: alkotás. Egyrészt egy nagyon kemény agymunka, másrészt bizonyos értelemben kegyelmi állapot. Minden alkotáshoz kell valamilyen kegyelmi állapot. A gondolatot is érlelni kell. A gondolat elindul, és akkor érik, mint a búza vagy nő, mint a fű. És olykor, mint a gyom. Akkor ezeket gyomlálni kell, hogy mi az, ami gyomnövény, hogy ne vegye el a helyet valamilyen fontosabb gondolat elől. Ebben az értelemben az érlelésnek is megvan a maga ideje. Tehát a bibliai idézetem az Időkönyvem elején erre is igaz, hogy mindennek megvan a maga ideje. Megvan az ideje a vetésnek és megvan az ideje az aratásnak. Az ültetésnek és a termés „kiszaggatásának”. Annak, hogy valami beérjen, éppen úgy, mint a természetben, a fűnél, a fánál, mindennél. A gondolatnak is megvan a maga ideje.

Ezt próbáltam valahogy megfogalmazni az Időkönyvemben. Elsősorban nem a szakmának írtam – néha kínosan kerültem a szakmai zsargont –, de azért igyekeztem úgy megtámasztani, amit írok, hogy ne veszítse el tudományos bizonyító erejét attól, hogy olvashatóan – ha bírom – „szépen” akarom megfogalmazni. Fontos volt nekem az érthetőség, a kifejezés pontossága és a szépsége is. És ezt néha bizony éppen a szakmából érte kritika. Hogyha túl szép, akkor elvonja a figyelmet az igazságról és a hitelességről, mondta egy vagy két kollegám is. De én ezt nem bántam. Hogyha valamit, amit megírtam, el lehetett olvasni, és valami nyomot hagyott, valamit megvilágított, akkor talán már nem volt értelmetlen a sok-sok erőfeszítés.

[Annak idején] táncos voltam. Egy táncos felkészülése rettenetesen kemény munka. Napi 4–5 óras tréning, lábfejtől kezdve a feje búbjáig mindent ki kell dolgozni, a kart a kezujjakig, a szem pillantásáig. Nagyon kemény, nagyon izzadságos, sok órán keresztül tart a felkészülés. Öröm és kínlódás egyszerre, amiből létrejön, ami végül is a színpadra kerül. Már csak az látszik, hogy lebeg, hogy ugrik, hogy száll, hogy tündérkedik. Ilyen felkészülés, ha úgy tetszik, a tudományos munkában is hasznos, mert itt is nagyon kemény munka előzi meg a látszólagos könnyedséget, ami az írást olvasva, helyenként „lazának” tűnhet. Lehetséges, nálam éppen ebből az életelőzményből ered. Gondolj a sportolóra: te csak a végeredményt látod, hogy most bejutott sikerrel a célba, de a drukker nem látja, mi van emögött, kízó kemény munkában, önfeladó beteljesítő, szünet nélküli „melóban”. A táncban az a lényeg, hogy élvezet legyen nézni és csinálni is, hogy egy lebegő valami él ott elevenen a színpadon.

HIVATKOZÁSOK

- Burawoy, M. (2005) 2004 American Sociological Association Presidential address: For public sociology *The British Journal of Sociology*, 56(2), 259–294. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2005.00059.x>
- Cage, J. (1994) *A csend*. Pécs: Jelenkor.
- Féja G. (1937) *Viharsarok. Az alsó tiszavidék földje és népe*. Budapest: Athenaeum.
- Gyulai E. (1936) *A zene hatása. Közösséglélektani tanulmány*. Budapest: Franklin.
- Losonczi Á. (1964) *A zene szerepe falun*. Budapest: MRT.
- Losonczi Á. (1964) Egy zeneszociológiai kutatásról. *Magyar Zene*, 5(3), 257–266.
- Losonczi Á. (1969) *A zene életének szociológiája*. Budapest: Magyar Zeneműkiadó.
- Losonczi Á. (1972) A táplálkozás társadalmi és emberi viszonyai. *Valóság*, 15(3), 16–29.
- Losonczi Á. (1974a) *Bedarf, Funktion und Wertwechsel in der Music*. Budapest: Akadémiai.
- Losonczi Á. (1974b) *Zene-Ifjúság-Mozgalom*. Budapest: Zeneműkiadó.
- Losonczi Á. (1977) *Az életmód az időben, a tárgyakban és az értékekben*. Budapest: Gondolat.
- Losonczi Á. (1979) A kortárs avantgárd zene fogadása és nem fogadásának indítékai. I–II. Budapest: *Parlando – Zenepedagógiai folyóirat*, 21(1), 5–11. és 21(2), 1–4.
- Losonczi Á. (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.
- Losonczi Á. (1989) *Ártó-védő társadalom. – Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Losonczi Á. (2005) *Sorsba fordult történelem*. Budapest: Holnap.
- Losonczi Á. (2009) *Az ember ideje*. Budapest: Holnap.
- Losonczi Á. (2020) A kortárs avantgárd zene fogadásának és elutasításának indítékai. *Kultúra és Közösség*. 5, 49–51.
- Losonczi Á. – Hanák K. (szerk.) (1988, 1991) *Terhesség – szülés – születés. I–II*. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet.
- Makara P. (1982) A táplálkozás társadalmi kérdései. Kandidátusi disszertáció.
- Marx-Engels Archiv (1926) *Zeitschrift des Marx-Engels-Instituts in Moskau*. I. köt. Frankfurt.
- Molnár A. (1923) *A zenetörténet szociológiája*. Budapest: Franklin.
- Shakespeare, W. (1964) A velencei kalmár. In *Shakespeare összes művei*. Budapest: Európa.
- Szabari V. (2020) Az 1960-as években intézményesülő magyar szociológia társadalmi és politikai környezete. *Korall – Társadalom-történeti folyóirat*, 80, 79–100.
- Szabó Z. (1936) *A tardi helyzet*. Budapest: Cserépfalvi.
- Szabó Z. (1938) *Cifra nyomorúság*. Budapest: Cserépfalvi.
- Szalai J. (1986) *Az egészségügy betegségei*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Szántó M. (1998) *A magyar szociológia újjászervezése a hatvanas években*. Budapest: Akadémiai.
- Tamás P. – Tibor T. (2000) *Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutatóintézet*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
- Vági G. (1994) *Mezőhegyes*. Szerk.: Závada P. Budapest: Századvég.
- Weber, M. (1924) *Die rationalen und soziologische Grundlagen die Musik*. München.