



X. CSALÁDBARÁT KONFERENCIA

*Egészség – Jövőkép
Egészséges generáció
Az egészség dimenziói*

2 0 0 4

„Mens sana in corpore sano!”

A RENDEZVÉNY VÉDNÖKEI

Dr. Göncz Kinga

miniszter

Miniszterelnöki Hivatal

Dr. Kereszty Éva

egészségpolitikai főcsoportfőnök

Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium

A KONFERENCIA TÁMOGATÓI

HVB Bank Hungary Rt.
EGIS Gyógyszergyár Kft.
Richter Gedeon Rt.

ExtraMed Bt.
Baxter Hungary Kft.
ASI Budapest Kft.
Boiron Magyarországi Kereskedelmi Képviselete
Kodak Kft. Hungary

SZERVEZŐBIZOTTSÁG

Dr. Németh Tünde

gyermekgyógyász, pszichoterapeuta

Dr. Doffék János

szülész-nőgyógyász

TAGOK

Bürger Nóra, Jobbágy Mária, Tománé Mészáros Andrea



A KONFERENCIA RENDEZŐI
Országos Gyermekegészségügyi Intézet
SE Magatartástudományi Intézet



Ezúton mondunk köszönetet Horváth Katalinnak,
hogy fényképeit a kiadványhoz rendelkezésünkre bocsájtotta

Köszöntő

Tisztelettel és szeretettel üdvözlöm a Jubileumi X. Családbarát Konferencia kiadványának Olvasóját!

A Családbarát Program indulásánál egyik fő célkitűzésünk az volt, hogy az egészséget középpontba állítva annak különböző dimenzióit ismerjük meg évente rendezett interdiszciplináris konferenciáinkon, és az itt szerzett ismereteket, tapasztalatokat a mindennapi gyakorlatba átültessük. Több éven keresztül a betegellátásba integrált egészséges kliensek ellátói, a szülészeti- és újszülött osztályok, majd a területi ellátásban résztvevők, tavaly pedig a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézete és a frankfurti Goethe Egyetem Orvopszichológiai Intézete voltak együttműködő partnereink.

Ez évben a tudományos találkozás szervezésében együttműködő partnerünk a kutatásban, a magatartástudomány hazai szakirodalmának kialakításában, az oktatásban és a gyakorlati munkában egyaránt kiemelkedő SE Magatartástudományi Intézet. Igen, tudományos találkozás, ez fejezi ki azt a tartalmat, amit az elmúlt évtizedben évente átélhattünk: új kutatások, tudományos eredmények, a mindennapi munka bemutatása, tapasztalatcsere, szakmai és személyes találkozások, megállás a hétköznapi munkában – lehetőség az elgondolkodásra, átgondolásra. Hogy volt régen, mit gondoltak az egészségről, a betegségről? A tudomány, a kutatások mit

mutatnak, hogyan sikerül a fontos egészségügyi protokollok betartása mellett klienseinket emberi mivoltukban látni. A természettudományi ismeretek mellett szükséges, hogy jelentős szerephez jusson az orvos és kliense találkozásában a humán, az empátia és a kommunikációs készség.

Ez a konferencia lehetőséget ad arra, hogy áttekintsük az egészség bizonyos összetevőit, viszonyunkat az egészséghez magánemberként és egészségügyi dolgozóként. Az egészség definíciója az idők folyamán sok változáson ment át. Hippokrates korában egyfajta egyensúlyi állapotot értettek alatta; Platon hangsúlyozta, hogy az egész emberrel együtt kell a részt nézni egészségnél, betegségnél. Paracelsus az orvos jellemét emelte ki az egészséghez vezető folyamatban, majd a természettudomány fejlődésével, a tudás bővülésével egyre több szubspecialitás alakult ki, melyben már ritkán jelent meg az ember, a gyógyult, egészséges ember. Egon E. Fabain könyve ezt így fogalmazta meg már címében is: „A szétdarabolt páciens – és az őt egész(séges) emberré tevő orvoslás modellje”. Az idő előrehaladtával az egészséget szinte csak sejt szintű működések alapján határozták meg. Napjainkra az egészségfejlesztés az életminőség által meghatározott, komplex fogalommmá vált, mely dinamikus jelenség, és relatív egyensúlyt jelöl. A Családbarát Programban dolgozók számára az egészség-megelőzés



központú szemlélet azt jelenti, hogy betegeinket nem „csak” fizikailag gyógyítjuk, hanem az egészséges állapot visszaállításáig követjük, kísérjük. Lehetőséget teremtünk az egészségesek számára is konzultációra, mely más dimenziót ad az orvos-beteg kapcsolatnak. Növeli a bizalmat, természetessé, szorongásmentesebbé teszi az orvossal való kapcsolatot.

Az 1983-ban indult Családbarát Program alapelvei: emberközpontúság, holisztikus szemlélet, paritásos viszony, rendszerszemlélet, azonos információ szakembernek és kliensnek, támogató kapcsolat, kliensek aktív részvétele a prevenció és gyógyító folyamatban.

A WHO primer, szekunder, terciér prevenció definíciójában még a passzív ma-

gatartásmodell jelenik meg, ami arról szól, hogy mit kell tenni az egészségügynek és a szociális szférának az egyén egészségéért. A mai egészségfejlesztés egyre nagyobb aktivitást igényel a kliensek és a laikusok részéről. Az egészségmegőrzés érdekében az egészségfejlesztés nemcsak az egészségügyi szolgáltatásoknak a prevenció irányába történő eltolódását jelenti, hanem az egyén aktív részvételét az egészség fenntartásában. Ez az úgynevezett egészségtudatosság a fogyasztói társadalmakban árucikké vált. Nem mindegy, milyen minőségű terméket, szolgáltatást választ a lakosság. A szakembereknek is jelentős felelősség jut abban, hogy milyen információt adnak egy-egy találkozásnál a rendelőben és a médiában. Mindezek előrelépései az orvostudományban, az egészségügyben végbemenő paradigmaváltás-



nak. A fertőzőbetegségek leküzdése után egyre több olyan betegség képezi a morbiditási adatok fő vázát, melyek kiindulásának jelentős részét a civilizáció, a stresszel teli felgyorsult élet adja.

A rizikófaktorok jelentős része odafigyeléssel, korszerű táplálkozással, mozgással, az egyénre szabott életmóddal – az egyén gazdasági helyzetét is figyelembe véve – jelentősen csökkenthető. A mintákat saját családjunktól hozzuk magunkkal. Nem mindegy, mit sajátítunk el, mi lesz a természetes a számunkra. Pl. a hagyományos magyar konyha ízei, vagy az alapjában egészséges étrend, a parancsoló kommunikáció, vagy az érzések, igények alapján létrehozott kompromisszum. De nem szükséges, hogy a negatív minták is átkeverüljenek egyik generációból a másikba.

A negatív minta, ha tudatosul, elhatározással és akarattal megváltoztatható! Az életmód-változtatás, mint minden változás, egy folyamat, mely az igény megfogalmazásától a gyakorlatban való megvalósulásig tart, s ehhez egyéni motiváció és aktivitás szükséges. A különböző magatartási módok, mint megküzdő coping stratégiák, jelentősen meghatározzák egészségünket.

Intézetünk Prevenációs Főosztályának rendelései és szolgáltatásai ezt a két generációt érintő megelőzést juttatják el az érdeklődő családtervező párokhoz és családokhoz. Célunk, hogy a hosszú távú egészségügyi programokban is legyen ki-

indulópont a testi, lelki egyensúly, a mindenki számára oly fontos harmónia megteremtése, az ehhez való közelítés. A megelőzés-központú szemlélet minél több ember számára növelje az esélyt az egészségre, a teljes életre. Ez terjedjen ki az információszerzésre csakúgy, mint az egészség érdekében meghozott döntésekre.

A régi közmondás azt tartja: „Ha egészséged van, mindened van”. Ezért fontos a saját egészségünkkel foglalkozni, és figyelni arra, mit adunk át a gyermekeinknek, hiszen ez határozza meg a jövőt, a jövő egészséges generációját!

Munkánkat a Családbarát program keretében ebben a szellemben folytatjuk. Konferenciasorozatunkat – ebben a formában – itt, a X. Jubileumi Konferenciával lezártunk tekintjük. Célunk az volt, hogy felhívjuk a szakma figyelmét az orvosok, szakdolgozók az oktatásban, a szociális szférában dolgozók és az őket támogató társszakmák – pszichológusok, szociológusok, jogászok, managerek párbeszédének, rendszeres szakmai találkozásainak, tapasztalatcseréinek fontosságára, jelentőségére. A konferencia látogatóinak, a stábnak és szponzorainknak ezúton is köszönöm együttműködését. Mindenkinek jó munkát, szakmai sikereket és jó egészséget kívánok!

Dr. Németh Tünde
gyermekgyógyász – pszichoterapeuta



A konferencia programja

9.00–10.0 Regisztráció

10.00–11.0 Plenáris előadások

Moderátor: **Dr. Doffek János**

Dr. Mészner Zsófia:

Egészség – egészséges generáció – jövőkép

Dr. Buda Béla:

A család egészsége a szocializáció tükrében

Dr. Kopp Mária:

Gyermekvállalás és egészség

11.15–12.45 MŰHELYEK

Boros Mónika – Tárnoki Erzsébet

A mozgás, a játék-öröm és egészség

Módszerek bemutatója

Dr. Dobó Márta – Dr. Klujber Valéria

Komplex betegségek megelőzése

Hogyan éljük egészségesebben?

Stenger Györgyi

Gyógyító szavak

Szavaink szerepe és ereje a gyógyításban

Goldschmidt Liza

Kapcsolataink elemzése

A TA az egészségügyi gyakorlatban

Dr. Aszmann Anna

Családi prevenció vizsgálati eredmények

„Serdülőék egészségi állapota, életmódja és a család”

Pocsajiné Fábián Magdolna – Dr. Szoboszlai Attila

Partnerség a családokért

Szektorok összefogása

Békés Emőke – Haas György

Kinek a társa a DÚLA?

ESZME-CSERE / CSEVEGŐ

a plenáris előadások előadóival



13.00–14.00 Ebédszünet

14.15–15.45 MŰHELYEK

Dr. Németh Tünde – Dr. Doffek János

Az egészség generációért
Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus tapasztalatai

Farkas Mónika

Átélt élményeink

Dr. Becka Éva

Egészség az egészségügyben
Felmérés az alapellátásban dolgozók egészségéről

Dr. Hajnal Ágnes

Segíts, hogy elkerülhetőek legyenek a gyermekelhelyezési perek!
A perek romboló érzelmi következményei

Takács Péter

Szerepek - Stressz - Szupervízió
Magánéleti és szakmai szerepeink

Dr. Valló Ágnes

A nőtípusok és az anyaság
„Elég jó” anyák sokféleképpen lehetünk.

Jobbágy Mária – Dr. Sávai Margit

Életminőségfejlesztő programok az egészségügyben
Akkreditált készségfejlesztő tréningek

Dr. Szőnyi György

A-HA!
Országos szexuális és mentálhigiénés felvilágosító program tizenéveseknek

Dr. Sarlai Katalin – W. Ungvári Renáta

Tanácsadás helyett támogatás
A segítő foglalkozásúak helye és szerepe a szoptatás támogatásában

15.45–17.00

A kiscsoportok munkájának összegzése, a konferencia zárása

Moderátor: **Dr. Doffek János**

*Megjegyzés: a kiadvány cikkei a konferencián elhangzó előadások sorrendjét követik



Bemutatkozik az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet

Dr. Mészner Zsófia

Dr. Mészner Zsófia csecsemő- és gyermekgyógyász, infektológus, az orvostudomány kandidátusa, többek között a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke, az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet (OGYEI) főigazgatója

Tél.: 06 (1) 365-1540 fax: 06 (1) 209-3337

E-mail: zsmeszner@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

Az OGYEI újonnan alakult, de valójában „rég-új” intézet, mivel igen hasonló tevékenységet – a 0-18 éves korosztály egészségügyi és módszertani feladatainak koordinálást és szakfelügyeletének vezetését – egy korábbi, nagy múltú intézet, az Országos Csecsemő és Gyermekkegészségügyi Intézet (OCSGYI) végzett egészen 2000-ig. Az OCSGYI megszüntetése után a korábban egységesen ellátott feladatokat csoportonként külön intézetek végezték, míg a koordináló szerep a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumra hárult. Az OGYEI 2003. július 1-én érvénybe lépett Alapító Okiratában ismét egységes képviselőt kapott a gyermekkegészségügy. Az Intézet létrejöttében annak a gyermekgyógyászati és a gyermekellátás szempontjából igen lényeges ténynek kinyilvánítása is, hogy itt nem egyszerűen az orvoslás egyik ágáról, hanem az egészségügyön belül egy önálló alrendszer működtetéséről van szó, mely a magyar lakosság egyötödét képviseli.

Az OGYEI-nek az Alapító Okiratban rögzítetteknek megfelelően *állami feladat-*

ként ellátandó alaptevékenysége a gyermekkegészségüggyel, a gyermek jól-létével és az ezekkel kapcsolatos gyermeki jogok érvényesítésével összefüggő feladatok tekintetében az egységes szemlélet képviselője.

Az Intézet *kiemelten* foglalkozik a szűrővizsgálatokkal, és vizsgálja a fejlődésre és az egészségi állapotra jellemző szűrési eredményeket. Epidemiológiai feladatai közé tartozik – az ÁNTSZ-el együttműködve – elemezni a betegségekre, különösen a hazai vezető megbetegedésekre vonatkozó adatokat. A populációs jelentőségű adatok hasznosítása érdekében javaslatokat tesz a Szakmai Kollégiumok és az ÁNTSZ felé. A prevenció – primer, szekunder – területén kidolgozza az újszülött-, csecsemő-, gyermekkori és az ifjúsági korosztály egészségvédelmi preventív rendszereinek működési elveit, továbbá javaslatokat tesz az oktatási intézmények egészségügyi ellátásának egységes szerkezetbe foglalására.

Az OGYEI *koordináló szerepet* tölt be a halálozásért leginkább felelős betegségek



megelőzését szolgáló programok kidolgozásában és irányításában, továbbá a szakmai és pénzügyi szempontok miatt centralizációt igénylő, speciális országos rendszerek működtetésében (pl. rehabilitációs hálózatok), ill. ezeknek a meglévő, működő rendszerekkel való kapcsolatának rendezésében.

Az OGYEI munkája során értékkel, és az eredmények alapján javaslatokat tesz az egészségügyi rendszer gyermekgyógyászati alrendszerének kiegyensúlyozott működésére, a határterületek fejlesztésére, ezek egymást kiegészítő munkájának koordinációjára és a felnőttellátási rendszerekkel való kapcsolataik rendezésére.

Az egészséges fejlődés és az elérhető legmagasabb életminőség, egészségi állapot biztosítása érdekében az OGYEI részt

vállal a megfelelő *módszertani-oktatási* programok kidolgozásában (pl. a mozgásszervi megbetegedések megelőzése, a szociálpédiátriai és gyógypedagógiai, rehabilitációs, stb. feladatokban).

Összefoglalóan tehát az OGYEI részt vesz az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja (EÉJBNP) ifjúság-egészségügyi és színtérprogramjainak végrehajtásában.

Kapcsolatokat építünk, figyelemmel kísérfjük és rendszerezük az Európai Unió szervezeteiben és tagállamaiban a gyermek-egészségügy szervezésével és szabályozásával kapcsolatos információkat.

Intézményünk a magyar gyermekek egészségével, egészség-védelmével és



egészségügyi ellátásával kapcsolatos adatgyűjtési, elemzési, információs, kutatási, módszertani és szervezési feladatokat ellátó intézet. Közreműködik a gyermek-egészségügyi ellátó rendszert érintő szakmapolitikai, finanszírozási, minőségellenőrzési és oktatási feladatokban. Ebben a minőségében az egészségügyi kormányzat szakértői feladatokat ellátó, szakmai tanácsadó háttérintézménye.

A gyermekek egészségi állapotával és egészségügyi ellátásával kapcsolatos adatok és ismeretek alapján javaslatokat dolgoz ki a gyermekek igényeinek megfelelő ellátási struktúra kialakítására. Közreműködik az ellátás minőségét javító módszertani ajánlások és állásfoglalások elkészítésében, kiadásában és érvényesítésében, a gyermekegészségügyi szolgálatok képzését, továbbképzését érintő szükséges módosítások bevezetésében

Módszertani tevékenysége során kiemelt figyelmet fordít a gyermek-egészségügyi ellátás prevenció tevékenységére, a népegészségügyi helyzetet meghatározó betegségek megelőzésére, a prevenció módszereinek elvi és gyakorlati kidolgozására a prekonceptcionális időszakról a gyermekkor végéig.

Módszertani tevékenysége kiterjed a gyermekek testi és lelki egészségét meghatározó, a családban és gyermekintézményekben történő gondozás támogatására.

Az OGYEI, messzemenően figyelembe véve a gyermekek egészségét meghatározó

környezeti és szociokulturális tényezőket, tevékenységét szociálpédiatriai szemlélettel és gyakorlattal végzi, együttműködve a hasonló célkitűzéseket magukénak valló társszakmákkal, társintézményekkel és a gyermekek védelmére hivatott szervezetekkel.

Az OGYEI szervezeti felépítését tekintve összesen három főosztályra tagolódik: az Igazgatási, gazdálkodási főosztályra, a Prevenció főosztályra (Betegség megelőzési és Családsegítő osztályokkal) és a szorosán vett gyermekegészségügyi feladatokat ellátó Epidemiológiai és Módszertani osztályra. A vázolt struktúra nem jelent merev besorolást, bármikor, az adott feladathoz szabottan munkacsoportok kijelölésére és működtetésére már eddig is volt, ezután is lehet példa.

Munkánkat a gyermekgyógyászat elismert, nagy tudású szakembereiből verbuvált *szaktanácsadói testület* segíti, tagjai: Prof. Dr. Schuler Dezső, Prof. Dr. Budai József, Prof. Dr. Fekete Farkas Pál, Prof. Dr. Cholnoky Péter és Dr. Békefi Dezső.

A terveket – az OGYEI szakmai koncepcióját – illetően alapvetően három tényezőtől indulhattunk ki: egyfelől köt minket a tevékenységünk irányát kijelölő Alapító Okirat, másfelől a 2002. évi, megyei szakfőorvosi jelentések feldolgozása során nyert országos helyzetkép, harmadrészt az Intézetben rendelkezésre álló anyagi lehetőségek, infrastruktúra és nem utolsósorban a szakembergárda felké-



szültsége, teherbírása, elkötelezettsége, szorgalma.

Az Alapító okiratnak megfelelő tevékenységi körök közül kiemelt feladatunk a különböző *szűrővizsgálatokkal* való foglalkozás. Tervbe vettük, hogy első lépésként a már meglévő, működő programok gondjainak megoldásában igyekszünk segítséget nyújtani, mégpedig olyan formában, hogy értékeljük eredményességüket, és javaslatot teszünk az esetleges hiányosságok kiküszöbölésére. Ilyen működő programok pl. az újszülöttkori anyagcserévizsgálatok (PKU), vagy a várandósok AFP és HbsAg szűrőprogramjai. Áttekintjük és feldolgozzuk a megelőzhető genetikai (pl. triszómiák) vagy egyéb (pl. infekciós – congenitális toxoplasma fertőzés) ártalmakra irányuló szűrőprogramok jelenlegi helyzetét, lehetőségeit, és javaslatokat teszünk, amennyiben indokoltnak tartható, bevezetésükre. Mindezen programok működéséről az Európai Unió (EU) országok hasonló eredményeivel összevető értékelést végzünk.

Az *epidemiológiai* feladatok keretén belül a meglévő adatbázisok (csecsemőhalálozás, onko-hematológia, diabetes mellitus, neonatológiai adatbázisok) jelenlegi helyzetének, nehézségeinek áttekintése, a rendelkezésre álló adatok elemzése, az azokból levonható következtetések alkotják tevékenységünk egyik igen fontos területét. Az EU országok közös tanácskozások eredményeképpen már kialakították az egészségügyi ellátó rendszeren belül a

gyermekegészségügyi ellátást minősítő *indikátorok* rendszerét, melyekkel a Magyarországon már eddig is gyűjtött adatok gyűjtésének szempontjait a közeli jövőben érdemes illeszteniük, hogy összehasonlíthatóak lehessenek, ill. kezdeményeznünk érdemes a még nem gyűjtöttek beszerzését.

A *prevenció* igazoltan a leginkább költséghatékony eljárás a betegségek elleni küzdelemben, az ideillő programok megvalósítása, működtetése mégis közismerten nehézségekkel küzd. Pedig ma már kínálnak lehetőségek egyes anyagcsere-, kardiovaszkuláris, allergiás, ill. némely prognosztizálható genetikai ártalmak elkerülésére is, ám a szükséges módszerekhez, vizsgálatokhoz való hozzáférésben nagyok a különbségek. Az Intézetben már említésre méltó hagyományokkal rendelkező és a szervezeti változások ellenére is működő modellprogramok komplex módon, már a fogamzást megelőzően, illetve a szülői szerepre való felkészítéssel – perikonceptcionális prevenció program, évente rendezett családbarát konferenciák, Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzusok, stb. – igyekeznek követhető mintákat nyújtani a sikeres prevenció tevékenységhez. Interdiszciplináris összefogás (gyermekorvos, védőnő, pszichológus, pszichiáter, humángenetikus, szülész-nőorvos, andrológus, belgyógyász, gyógypedagógus, pszichopedagógus szakemberek) és kooperáció szükséges ahhoz, hogy ilyen programok elterjedhessenek. Mindehhez jól átgondolt stratégiára, finanszíro-



zási forrásokra, és mindenek előtt igen szívós kitartásra van szükség minden érintett részéről.

A módszertani feladatok igen sokirányú kooperációt és komplex feladatmegoldó képességet igényelnek. Egyfelől az ellátás szakmai színvonalának megőrzése és kontrollja (szakfelügyelet, módszertani ajánlások) fontos feladat, másfelől az ellátórendszer strukturális és személyi feltételeinek biztosítása súlyos gond. A teljesség igénye nélkül kiemelek itt néhányat a legégetőbb megoldandó feladatok közül.

A gyermekellátás jelenlegi struktúrája és finanszírozása mindenképpen átalakításra szorul, a mi feladatunk ebben a szükséges

változtatások segítése, megoldási javaslatok előterjesztése. Kívánatos elérni azt, hogy a gyermekek orvosi ellátásban ne legyen ekkora különbség a járó- ill. fekvőbeteg ellátás finanszírozásában a fekvőbeteg ellátás javára. A gyermekek a felnőtteknél nagyobb arányban gyógyíthatók eredményesen járóbetegként, ám a jelenlegi finanszírozás ez ellen hat. Jelenleg is indokolatlanul sok esetben kezelnek felnőtt betegosztályon gyermekeket – pedig az EU országokban szigorúan rögzített a gyermekek joga a korosztályuknak megfelelő ellátásra fekvőbetegként is. Súlyos probléma az egészségügyi ellátáshoz jutásban az esélyegyenlőtlenség mind térben (tanyavilág–nagyváros), mind minőségben (vegyes körzetekben ellátot-



tak–gyermekszakorvosi ellátásban részese-
sülők). Nem megoldott számos határte-
rületi szubspecialitáshoz való hozzáférés –
pl. a gyermekrehabilitáció, pszichiátria,
stb. területein. A nagykölttségű, de az eset-
számot tekintve kisebb volumenű felada-
tok (dialízis, égettek ellátása, szervtransz-
plantációk, stb.) megoldására a már meg-
lévő országos hálózatok segítése, illetve a
hiányzók kiépítésének támogatása szintén
lényeges feladat.

Vannak olyan, már évtizedek óta vég-
zett, és a jövőben is folytatni kívánt kuta-
tások, melyeket az Intézet dolgozói tiszte-
letre méltó kitartással végeztek, függetle-
nül attól, hogy éppen milyen szervezeti
formában dolgozhattak. Ezek a kutatások
elsősorban a gyermekek egészségmagatar-
tásának felmérésére, értékelésére vonat-
koznak, és igen nagy érdekük, hogy
nemzetközi kooperációban, nemzetközi-
leg elfogadott standardoknak megfelelően
– tehát összehasonlításokra alkalmasan –
történtek, és ezáltal alapot teremtenek az

Intézet országhatárokon túlmutató ko-
operációs tevékenységéhez, fiatal kutatók
tanulmányútjaihoz, értékes publikációk
készítéséhez. Ilyen vizsgálatok pl. a
HBSC (Health behavior of school chil-
dren), a Kidscreen, a Child project, a do-
hányzásról készült munka, stb.

Az OGYEI tudatosan igyekszik kialakít-
tani önálló arculatát, melynek része terve-
ink szerint a már közeljövőben hozzáfér-
hető, többnyelvű honlap is. Itt nemcsak az
Intézet tevékenységének ismertetése, ha-
nem a gyermekellátásban résztvevők mi-
nél nagyobb körével folytatott érdemi
kommunikáció is célunk, mivel tudjuk,
hogy összefogás, közös cselekvés nélkül
semmit el nem érhetünk.

Az alakulás óta eltelt kicsit több mint
egy esztendő alatt az Intézet minden tagja
azon volt, hogy a nem könnyű helyzetben
lévő gyermekegészségügyet, magukat a
gyermekeket segítse, mint ahogy ez a
konferencia is ilyen szellemben született.



A család egészsége a szocializáció tükrében

Dr. Buda Béla

Dr. Buda Béla MD, Ph.D pszichiáter, tudományos igazgató

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

1145 Budapest, Amerikai út 96.

Tel.: 06 (1) 273-4203, fax: 06 (1) 273-4202

06-30/378-4876

E-mail: buda.bela@mobilitas.hu

Társadalmi rendszerek értelmezésében a szakemberek kerülni szokták a biológiai metaforákat, mert ezek könnyen félreértéshez vezethetnek, a család esetében azonban magyar nyelven lehet beszélni egészségről akkor, ha normális, jól működő családról akarunk beszélni.

Elsősorban azért, mert a magyar „egészség” kifejezés igazában rendszerszemléletet rejt magában, és szemantikája eltér az indogermán nyelven azonos kifejezéseinek jelentésvilágától. Egész vagy egészség nincs e nyelvek szavaiban (zdarovje, Gesundheit, health, santé, sanità, sanidad, stb.). Ha pedig belegondolunk, a család esetében lényeges az egészség, mert ha a család nem „egész”, akkor igazában nemcsak nem működik jól, hanem nem is valódi család. A családterápiában pl. a szakirodalom gyakran összekeveri a családot és a háztartást ill. az otthont, és ilyen értelemben családnak tekinti a házaspárt vagy az együtt élő párt is. Olyan szempontból jogos persze az egységes értelmezés, hogy a pár a család alapja és tengelye, a pár maga is jelképezheti és hordozhatja a család-

dot, ha már gyermekeit szárnyra bocsátotta, önállóvá tette, vagy ha készül gyermekek vállalására (és ezt akkor is teheti, ha nem születik saját gyermeke, hiszen gyerekeket örökbe is lehet fogadni). Ha nincs gyerek, kétséges a család egészsége, és akár mondhatjuk azt, hogy egészsége is. Hasonlóan családról szoktak beszélni, ha egyik vagy másik szülő hiányzik (bár ilyenkor csonka családot említenek). A közvélemény is, a szakemberek is képviselik, hogy az ilyen családokat bele kell érteni a család fogalmi meghatározásába, és teljesnek kell tekinteni őket a megköveteléssel, hogy a társadalomnak (közösségnek, szociálpolitikának, stb.) segítenie kell őket funkcióik ellátásában. Mégis kétséges, hogy lehet-e ilyenkor egészségről beszélni, hiszen ez az ún. normalizációs törekvés is valamiféle külső kiegészítést ír elő.

Még bonyolultabb a kérdés, ha megkérdőjelezzük a jelenkori gondolkodás rejtett előfeltevését a családdal kapcsolatosan, és nem csak az ún. kétgenerációs vagy nukleáris családmodellben gondolkodunk.



Sokszor a család éppen azáltal marad meg valamiféle egészségben, hogy a hiányzó szülőt nagyszülő vagy testvér helyettesíti. De vajon egészségese-e az olyan család, amely beteg nagyszülőt vagy testvért vállal gondozásra? Sokak szerint igen, mert az ilyen feladatok is hozzátartozhatnak a családhoz, és éppen ilyen megfontolások miatt vélik sokan úgy, hogy egészségesebb inkább a nagy, többgenerációs család lehet. Az ilyen nézeteket alátámasztja, hogy a mai kommunikációs lehetőségek áthidalják a nagy családok szétesésének fő okát, a távolságot, és nemcsak folyamatosan lehet telefonon beszélni a távol élő családtagokkal, de a kontaktus is gyorsan helyreállítható.

Nem egyszerű kérdés tehát a család egészsége és egészsége, de lehet rájuk vonatkozó érvényes – és a család szociológiá-

jával, társaslélektanával és patológiájával összefüggésbe hozható – válaszokat adni, ha éppen a család biológiai és társadalmi alapfunkcióját, a szocializációt tekintjük kiindulópontnak.

Nem kétséges ugyanis, hogy a család elsősorban a társadalom „újratermelését”, reprodukcióját szolgálja, nemcsak abban az értelemben, hogy a társadalom számára új tagokat „állít elő”, hanem abban is, hogy az új tagokat felkészíti a társadalomban alkotó részvételre, ennek érdekében átörökíti nekik javakat, továbbadja a család társadalmi státusát, végzi és irányítja a teljes értékű társadalmi szerepléshez szükséges ismeretek és készségek megszerzését. Ezt szoktuk együttesen szocializációnak nevezni, újabban azonban ehhez hozzávesszük azt a folyamatot, hogy e felkészítésben a család gondoskodik utódainak



lelki fejlődéséről, teljes értékű (ha úgy tesszük, egészséges) személyiségének kialakulásáról. Korábban erre a lélektani aspektusra nem irányult külön figyelem, a 19. század végéig a közfelfogás úgy tartotta, hogy a személyiség öntörvényűen, szükségszerűen kibontakozik, hasonlóan a testi felnövekedéshez. A modern lélektan megjelenése kellett ahhoz, hogy felismerjék a család nagy és aktív szerepét ebben a folyamatban. Így nyert a szocializáció fogalma kiterjesztett értelmezést.

Az új szemlélet megértéséhez érdemes kitérni arra, hogy a biológiai reprodukció ma elvesztette azt a jelentőségét, amelyet – talán a legutóbbi időkig – őrzött, és egyrészt helyettesíthető az örökbefogadással, másrészt a közfelfogás ma elismeri az emberek jogát arra, hogy család nélkül éljenek, akár magányosan, akár párban, ill. nem tekinti deviánsnak, ha két együtt élő ember nem tud vagy nem akar gyermeket vállalni. Ez a társadalomban előrehaladó ún. individualizációs folyamat része, amely az egyén autonómiáját a korábbi korszakokhoz képest jelentősen felértékelte. Valószínű, hogy a házasság nélküli együttélések elterjedésében is szerepet játszik, hogy a házasság társadalmi intézménye ma már nem olyan fontos, hiszen ez lényegében szakralizálta és ritualizálta a családalapító együttélést és az azért vállalt felelősség társadalmi fogadalmát. Ez a válások miatt is relativizálódott, de az egyéni identitás megnövekedett jelentősége és hosszantartó fejlődési és változási folyamat miatt is. Néhány nemzedékkel ez-

előtt a gyermekáldás hiánya nagy csapás volt a családra, az egyszerűbb társadalmakban akár a család reorganizációját is megengedte, a gyermek nélküli pár ill. ember mindenesetre sokat veszített társadalmi súlyából. Érdeemes hangsúlyozni, hogy a gyermektelen párok jelentős része ma is nagy veszteséget él át, emiatt a családot nem érzi egészségesnek, és mindent elkövet a helyzet megváltoztatására (lásd a mai reprodukciós technikák alkalmazását, ill. az örökbefogadás intézményének fejlődő változásait).

A mai individualizált világban a gyermek utáni ilyen intenzív és cselekvő vágyakozás, továbbá az a tény, hogy az egyéni és hedonisztikus életperspektívákhoz képest lemondó és áldozatos gyermekvállalás mégis csak a családi élet alapmodalitása, és – ha csökkenő mértékben is –, mégis a társadalom megújulásának és fennmaradásának alapja, mutatja, hogy a gyermek az egyén és a család szempontjából változatlanul fontos, és valamilyen alapvető lélektani és családdinamikai szükségletet tükrözhet. Ezt húzza alá az a körülmény is, hogy a legindividualizáltabb társadalomban is gyermeket szeretnének vállalni a fiatalok, és ha ez nem sikerül, akkor a vállalás elmaradását nehezítő körülményekkel indokolják és sajnálatos kommentálják a közvéleménykutatók szerint. (Jellegzetes, hogy az első gyermek után erőteljesen csökken a gyermekvállalási szándék, ám ennek megokolásában is nehezítő tényezőkre hivatkoznak). Ez a szükséglet mintegy irracionális,



ha a mai világ utilitárius és nárcisztikus szemléletét vesszük figyelembe. (E szemlélet nyomán fogalmazódnak meg az említett nehezítő körülmények is, pl. az, hogy a gyermekvállalás anyag terhei megátolják a család kívánt életnívójának elérését, hogy a gyermek akadályozza a női hivatásában, karrierjében, a szülés és szoptatás károsítja a női szépséget, stb.)

Mégis ez a szükséglet nemcsak a mai család alapvető dilemmája, hanem a család változatlan antropológiai kulcsjelensége. A család ugyanis alapvetően egészségre törekszik, ennek lényeges eleme a gyermek, és a gyermek „lényege” a szocializáció. A szocializációban a mai szülő is reprodukálni akarja önmagát, más részről azt a szülő felet, akinek nemét a gyermek hordozza, és azokat az értékeket, amelyek a szülők önazonosságának lényegét képezik. Ezeknek az értékeknek mélyén a család történeti hagyományai is rejtőzhetnek (bár a család „nuklearizációja” és a nagyarányú társadalmi mobilitás az utóbbi évszázad során e hagyományokat szétzilálta, vagy éppen kiszorította a szülők tudatából). Mindenképpen megvan azonban a hagyományteremtés szándéka, és a mai szülő már nehezen viseli felnőtté vált gyermekeinek olyan mérvű eltávolodását és önállósodását, amely a mai generációra még jellemző volt.

A gyermekvállalásban ez a szükséglet egészen a legutóbbi időig öntudatlanul fejeződött ki, ma a fiatalokban viszont mindinkább tudatosul és tematizálódik. A

korábbi gyakorlatban a szocializációhoz szükséges viselkedésformák a saját gyermekkorban szerzett, interiorizált tapasztalatok (azonosulások, szociális modellkövetés) nyomán alakultak ki és működtek, ill. másodlagos tanulásban, amelyet a rokonság vagy a közösség, ill. a családdal kapcsoltba kerülő szakemberek (orvosok, védőnők, stb.) közvetítettek. Ma is ezek a folyamatok működnek, de a résztvevők fokozott tudatossága mellett. Ennek előnyös hatása lehet abból a szempontból, hogy önvizsgálat, problématudat, segítségkérés, önkorrekció következhet be, ill. a nehézségekre jobb felkészülés lehetséges. Az említett nehezítő tényezők ugyanis a gyermeknevelésben, a szocializációs folyamatban valós gondokként, problémaként merülnek fel, és ha ezek valamilyen világnézeti értékszempontból esetleg nem is elfogadható magyarázatok a gyermekvállalás elutasítására vagy az elégtelen szülői viselkedésre, mégis realitások, amelyekkel a családoknak meg kell birkóznuk.

A család mai tudományos értelmezése szerint éppen ezért is elengedhetetlen tartozéka a gyermek és a szocializáció a család egészségének. A gyermek felnevelésével a pár biológiai életciklusa mellett új életciklusok indulnak meg, amelyek felidézik a felnőtt pár fejlődési emlékeit, új kihívásaik lehetővé teszik a korábbi fejlődés befejezetlen vagy nem teljes fázisainak restitúcióját, és ezt új társaslélektani térben, vagyis a házastárs, esetleg a nagyszülők vagy a testvérek, ill. a közösség tapaszt-



talt tagjainak lélektani segítsége és kontrollja mellett valósítják meg. Ez a szülővé vált személyiségnek igen nagy fejlődési távlatokat nyit meg. Mai tudásunk szerint a személyiség felnőttkori fejlődésének egyik ösztönzője a szexuális és párkapcsolati intimitás vállalása és egyeztetése az önazonossággal (ez rendszerint szerelemben és együttélésben teljeseedik ki), de ehhez hozzátartozik a gyermekvállalás intimitása, a párkapcsolat és az együttélés „megnyílása” a társadalom felé a gyermekkel (kapcsolatok, segítségek és intervenciók „beengedése” révén – e momentumra a kisgyerekes családokkal kapcsolatosan a családterápia folyamatosan felhívja a figyelmet), majd pedig igen nagy fejlesztő erő, hogy folytonos változásban és újraértékelésben integrálni kell a kapcsolatba egy új kis lényt, akit gyors biológiai és lélektani fejlődése egyaránt gyorsan új és új állapotokba hoz. Mindez rengeteg kihívást jelent a szülők számára.

Ma ez a szocializációs feladat és a hozzá tartozó lélektani és társas viszonybeli változások, adaptációk sora a szülőkben egyre nehezebb, mert a gyerekek „bonyolultabbak”. Nem is elsősorban abban, hogy iskolai felkészítésük nehezebb és hosszadalmasabb, hanem főleg azért, mert a kortárs csoportok felértékelődtek, a gyermeki és ifjúkori autonómia mind fontosabb lett, a felnőttkor előtt sajátos „fiatalkori kultúrába” kell beilleszkedni, a családtól való lélektani különválás motivációs szükségletei erősebbek, és a kortárs csoportot bevalás teljesítménykritériumai bonyolultabbá váltak.

Ma tehát a szocializációs családi funkció nehezebb, azért is, mert közben megváltozott – ismert módon – a nők társadalmi helyzete, a szocializációs feladatkörön a két szülőnek növekvő mértékben osztoznia kell, hogy az anyák is megtalálják társadalmi helyüket, mert az általános társadalmi igénynívó megnőtt, és a szülők a szocializációs feladatokon túl is kivetítik önazonosságukat a társadalomba, számot vetnek a válás és az új családok alapításának lehetőségeivel, saját identitásukat is nyitva hagyják az „ifjúkori kultúra” jegyében, stb.

Ennek többféle társadalmi kihatása lehet. Az egyik a szocializációs vállalás elodázása vagy hátrítása, a másik a szülői elégtelenség a szocializációs funkciókban, és a harmadik a kisebb-nagyobb zökkenők, krízisek és megakadások gyakoribbá válása, amelyek a családban ill. egyes családtagokban (leginkább gyerekekben) tüneti megnyilvánulásokat vagy betegségeket hoznak létre.

A struktúrában „egész-séges” család is lehet kóros, problémás – ha az egészségmetaforát akarjuk tovább használni –, lehet szerepeiben, funkcióiban, működési dinamikájában elégtelen, „egészségtelen”. A családterápia szemléletének fontossága éppen abban nyilvánul meg, hogy az individuális és biológiai egészség metaforájának kiterjesztésével egyénre korlátozható problémaértelmezést a család rendszerének működésére vonatkoztathatóvá tette. Ha úgy tetszik, rejtett családi patológiákat, „egészség hiányokat” tárt fel. A legfonto-



sabb azonban az, hogy ezeket sok szempontból megelőzhetővé és kezelhetővé tette. Ez azt jelenti, hogy mai ismereteink szerint koncipiálható egy optimális és egész-séges szocializációs folyamat, erre lehet felkészíteni egyéneket és párokat, ennek jellegzetes zökkenőire segítő intézményeket lehet tervezni ill. szervezni, és a családi szocializációs folyamathoz családterápiás segítői lehetőségeket lehet rendelni, a családi szocializáció összhangját más intézményes szocializációs formákkal fokozni lehet, stb. Egészen új családpolitika képzelhető el ill. alakítható így ki. Erre sok példát lehet hozni, pl. ma egészséges (egész-séges) tendencia az apák növekvő aktíválódása a szocializációban, a terhességi felkészüléstől az együttszülésen át a szocializációs feladatok rugalmas megosztásáig, az először szülő anyák közösségi támogatása (pl. tapasztalt anyák önszorgató csoportjain, ill. „tutorálásán” át), stb.

A szocializáció modern lélektani értelmezése jegyében a családot segítő törekvések két érdekes szemléleti változással járnak. Az egyik a család rendszerhatárainak kitágulása, a nagyszülők és más családtagok tudatos és fokozott bevonása, így a család egész-sége ma gyakran a nagycsalád rendszerében jelenik meg, és a segítő beavatkozások éppen e rendszerjelleget erősítésére irányulnak. A másik a több gyerek fontosságának új definíciója. Az egyke nem teljesen egész-séges társas rendszert alakít ki, a családi dinamika akkor válik teljessé, ha különböző fejlődési fázisban lévő gyerekek kölcsönös interakciójával is

kiegészül, ez az igazi kihívás, amely a családban felnövő gyermeki személyiségeket, a szocializáció „végtermékeit” teljessé teszi, és amely a szülők személyiségét és kapcsolatát is jelentősen fejlesztheti.

Ma igen sok adat igazolja, hogy a család a gyermeki személyiség kibontakozásához elengedhetetlen, de fontos a szülők lelki egészsége szempontjából is, hiszen nagyobb ívű személyiségfejlődést, szilárdabb önazonosságot, nagyobb lelki rugalmasságot alakíthat ki (még ha a szocializációs feladatkör gyakran stresszek forrása, vagy egyéni lelki ill. pszichoszomatikus kórképek eredete ill. súlyosbító tényezője is lehet). Az mindenesetre árulkodó, hogy a családdal élő felnőttek élettartama hosszabb, és számos deviáns ill. patológias megnyilvánulás ritkábban fordul elő körükben, és mai tudásunk szerint várható, hogy a szocializációs folyamat megfelelő társadalmi támogatottsága e kedvező hatásokat erősíti. Részleteiben messze vezetne, de tételesen kimondható, hogy az említettek a gyakori válások és a gyermekeket érő válási traumák ellenére is érvényesek (ill. a segítés technikáival egyensúlyban tarthatók).

A család egész-sége megmaradhat, ha a családtagok maguk betegek. A biológiai vagy akár a lelki betegség az emberi lét nem teljesen kirekeszthető vagy megoldható baja, de mindig olyan jelensége, amelyben a családi rendszer kompenzál, ellensúlyozni, gyakran optimálisan egyensúlyba hozni képes. A szocializáció egyik



nagy kihívása a gyerekek betegségének el-
látása, kisebb-nagyobb bajaik türelmes el-
viselése, kivárásos nevelési megoldása, a
defektusok elviselése. Ám a család kom-
penzál a felnőttek betegségében is. A szü-
lő hiánya csak rendszerkielégüléssel,
funkciók átvételével lehet teljes. A nagy
család emberi bajainak családi integrálása
(pl. a nagyszülők ellátása) is fontos fejlesztő,
rendszererősítő hatásokkal bírhat. A
komplex problémákat megoldó és a meg-
oldásokat feldolgozni tudó család szociali-
zációja a gyerekeket felkészíti a saját fel-
nőttkorukban megjelenő különféle prob-
lémák, kihívások jobb megoldására.

Mindezekhez hozzá kell tenni, hogy a
család lélektani sajátosságaihoz tartozik a

lelki összetartozás, a szeretet, a felelősség
és az elkötelezettség, az áldozat és az elvi-
selés sokféle sajátos érzelmi kvalitása,
amely a mai társadalmi racionalitás szá-
mára gyakran érthetetlen vagy szinte
misztikus, ám amely meghatározhatja a
családban élők életminőségét, közérzetét,
hangulatát akkor is, ha az életkörülmé-
nyek (vagy akár a család állapota ma is)
kedvezőtlenek vagy annak látszanak. Így
történhet, hogy szegénységgel vagy beteg-
ségekkel küzdő családok is jól szocializál-
hatnak, és a benne élőknek szilárd érzelmi
és motivációs kereteket nyújthatnak, míg
máskor a kedvező viszonyok között sem
kielégítő a szocializáció (pl. az érzelmi
kvalitások elégtelensége miatt).*



* A felvázolt összefüggések minden mondata, ill. gyakran szava alátámasztható szakirodalmi adatokkal, ill. minden specifikálható és ellentmondásaiban vagy részleteiben is bemutatható a megfelelő bővebb kifejtésben. Ezért a szerző most nem látja el idézetekkel a szöveget, saját könyveire és tanulmányaira utal a témakörben, ill. szívesen áll minden érdeklődő rendelkezésére.

A mozgás, a játék-öröm és egészség

Módszerek bemutatása

Boros Mónika - Tárnoki Erzsébet

Boros Mónika DSGM (DÉVÉNY SPECIÁLIS manuális technika GIMNASZTIKA MÓDSZER) – rehabilitációs szakgyógytornász, egyéni vállalkozó

OGYEI- Családbarát team, Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus

Tél.: 06 (20) 380-6587

E-mail: boros.monika@vnet.hu

Tárnoki Erzsébet gyógypedagógus-pszichopedagógus, korai fejlesztő. Harminc éve foglalkozik a 0-3 éves korosztályú gyermekekkel és családjaikkal. Jelenleg a bölcsődei rendszerben a kisgyermek napközbeni ellátása, csecsemő- és kisgyermekgondozás, nevelés tevékenységi körben szakértőként dolgozik.

OGYEI- Családbarát team, Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus

III. ker. Önk. Egyesített Bölcsődék, 1035 Bp. Szérumkert u. 35.

Tél.: 06 (1)388-65-09, 06 (20) 575-14-10

Honlap: www.ogyei.hu

BOROS MÓNIKA

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézetnél – a Szent Rókus Kórházban szerzett több sikeres év tapasztalatait folytatva – működik a „szülői szerepre felkészítő” tanfolyam. A kurzust vezető team tagjaként kismamatornát és különböző légzésformákat tanítok a pároknak.

Régebben a várandós asszonyt az egészségügy és saját környezete is betegként kezelte, minden mozgástól tiltotta. Az utóbbi években felgyorsult élettempó azonban nem kímélte a kismamákat sem. Sokan nem tudnak vagy nem akarnak változtatni addigi életmódjukon. Ma természetes az

az igény, hogy a várandós nő megőrizze mozgékonyágát, felkészüljön a szülésre, és utána minél hamarabb visszatérjen a mindennapi testi tevékenységeihez. Ezt egészséges táplálkozással, megfelelő mozgással, légzéssel, alvással és pihenéssel, relaxációval tudja elérni. A legfontosabb, hogy figyeljen oda, tisztelje teste jelzéseit. Lassítson addigi élettempóján, figyelje a testében végbemenő csodát, hisz a „pocaklakó” akkor érzi jól magát, ha az anya kiegyensúlyozott, nyugodt, boldog.

A kurzushoz kapcsolódó kismamatornán a hagyományos gyakorlatok mellett fő célom, hogy segítsem a kismamákat ebben az áthangelődésben, a „pocaklakó”



ritmusára való lelassulásban. Ezt különböző ölelő, ringató gyakorlatokkal, a ritmus lassításával érem el.

Minden mozgás alapja a helyes testtartás. A medence dőlésszögét beállítva megnyúlik a hát alsó része, a mellkas kiemelésével könnyebb lesz a légzés, a váll, nyak, fej beállításával elkerülhetőek az izomfeszülések, izomfájdalmak. Ha az egyre növekvő méhet közelítjük a test súlyvonalához a medence beállításával, valamint a has- és a farizmok aktív munkájának segítségével, könnyebb lesz az egyensúly megtartása az utolsó hónapokban is. Nem alakul ki derékfájás. A kismamának tisztában kell lenni testének változásaival, segíteni kell őt új testtudatának kialakításában, elfogadásában, hogy testének harmonikus egyensúlya megmaradjon.

A torna fontos eleme az intim torna. A

medencefeneket lezáró izomlemez különösen nagy megterhelésnek van kitéve a várandósság alatt. Tartja a folyamatosan növekvő méh súlyát, a szülés során az izmok nagyon megnyúlnak, s a helyzetet tovább rontja, ha gátmetszést is végeztek. Sokkal könnyebben regenerálódik az izom, ha már a terhesség előtt is ismeri és rendszeresen végzi a gát-

izom-gyakorlatokat a leendő anya. A szülés után elhanyagolt, megnyúlt, elgyengült gátizmok később inkontinenciához, kevésbé élvezetes szexuális együttlétéhez vezethetnek.

A kurzus összejevetele után a tornán találkoznak először a kismamák, ilyenkor nagyon sok visszajelzés, kérdés merül fel. A mozgás során felszabaduló endorfin segíti a feszültség, szorongás oldását. A

csoport vidám, nyitott légköre a visszahúzódó, félénk, bizonytalan mamáknak is könnyebbé teszi a bekapcsolódást. A találkozás zárásaként a lelassulást, az áthango-



lást segíti a légzéstípusok gyakorlása is. Ezekkel a mély, nyugodt, nyújtott légvételekkel anya is, magzat is több oxigénhez jut, emellett feszültségoldó, közérzet javító hatása van. A tanulást és a gyakorlást legjobb az apával együtt végezni, hisz ő lesz végig ott a kismamával a szülés során. Az anya a nap huszonnégy órájában együtt van magzatával, míg az apának ritkábban van lehetősége közvetlen testi kapcsolat kialakítására. A közös relaxálás, légzéstanulás így boldog együttlétet lesz hármójuk számára.

Azoknak a kismamáknak, akik rendszeresen tornáztak a várandósság során, természetes igényük lesz, hogy ezt ne hagyják abba a szülés után sem. Szívesen végzik és általában igénylik is a szülészetten a gyermekágyi tornát, és ezt otthon folytatva éltető elemük lehet a mozgás. Így a nők, a párok életében oly kivételes időszak, mint a gyermekvárás, kiindulópontja lehet az életmódváltásnak, lehetőség a személyiség fejlődésére.

Az egészséges újszülött az első légvétel után bámulatos teljesítményre képes: anyja hasán felmászik a mellhez, és szopni kezd. Pár hét elteltével hason fejét emeli, megtartja vizsgálati helyzetben. A későbbiekben is nemcsak sírással, de mozgással is kommunikál környezetével. Az egészséges csecsemő mozgásfejlődésébe nem szabad beavatkozni. A szülők akkor segítenek igazán, ha megfelelő mozgásteret biztosítanak gyermeküknek. Ez minél nagyobb, kemény, biztonságos hely legyen.

Az indokolatlanul gyorsított mozgásfejlődés, elsősorban a függőleges testhelyzetek (ülés, állás, járás) erőltetése későbbi gerincbetegségek kialakulását rejti magában. A különböző mozgásformák meghatározott sorrendben követik egymást. Az első aszimmetrikus mozgás (kúszás, mászás) kihagyása az iskolában részképeszavarokhoz vezethet. A későbbiekben, óvodás, kisiskolás korban is szívesen játszanak a gyerekek hason fekve, négykézláb mászva a padlón, ösztönösen is kímélve gerincüket, erősítve hátizmaikat.

Az egészséges csecsemő örömmel és sokat mozog. Ezáltal fedezi fel a körülötte lévő világot, mely újabb mozgások lehetőségét kínálja.

TÁRNOKI ERZSÉBET

10 éve a Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzust vezető team tagjaként adatott meg, hogy a várandós párokat nyomonkövetve a családokat támogathatom. Már a kurzus ideje alatt erősítjük a párokban szülőségüket, elméletben „megtanítjuk” őket az újszülött, a kiscsecsemő, a kised gondozására, nevelésére, ehhez elméleti útmutatókat, gyakorlati ismereteket adva.

A családdá szerveződés, a szülőség vállalása nem könnyű a mai fiataloknak. E rohanó világban a munkahelyföltés, a „karrierépítés” a nők számára is fontos lett, kiszorítva ezzel az anyaságot. Jó lenne az anyaságot újra hivatásként megélni, mert e nélkül nem tud egészséges generáció felnővekedni.



A szülői szerep kurzus befejeztével lehetősége van a mamáknak, a családoknak ellátogatni a Kisgyermekes Klubba, melyet az Országos Gyermekegészségügyi Intézet Bolgárkerék utcai részlegében (1148 Bp., Bolgárkerék u. 3.) tartunk. A helyszín ismerős, hiszen a párok ide jártak a szülői hivatásra felkészítő kurzusra is a „pocaklakóval”. A megfelelő hely – és a korosztálynak megfelelő játékkészlet – biztosításával ez a nyomkövetés egyaránt lehetőséget teremt a csecsemő szabad mozgásának megfigyelésére, valamint a spontán játékfejlődésre. Az egészséges gyermeki fejlődés ismeretét sajátíthatja el a szülő ezeken a találkozásokon, megfigyelve gyermekét mozgás és játék közben. Természetes élethelyzetet próbálunk kialakítani a korspecifikus játékeszközökkel és a szabad mozgásfejlődéshez biztosított hellyel.

Szeretném a szülők figyelmét ráirányítani a megfigyelésen alapuló tapasztalatgyűjtésre. Ezáltal is jobban megismerik gyermeküket, ami a szülőt is megerősítheti szülői mivoltában.

A Családbarát Program szemléletét követve – ami az egészséget állítja a középpontba – hoztam létre kollegáim segítségével a játszócsoportot, de hívhatjuk baba-mama klubnak is. A főváros III. Kerületi Önkormányzata által fenntartott bölcsődei rendszerben már nyolcadik éve kapunk lehetőséget ilyen csoport működtetésére. A tapasztalat azt igazolja, hogy

igény és szükség is van erre. Ide napi gyakorisággal jöhetnek a családok a délelőtti folyamán. Három év alatti korosztályról lévén szó, a GYES-en lévő mamák jönnek a kisgyermekükkel. Az egyik szülő így fogalmazott: „Olyan ez, mint egy fedett játszótér, amihez udvar és gyermekmedence is tartozik. Itt a játékok a három év alatti korosztálynak készültek, tisztaság, rend, nyugalom és vidámság van jelen. Biztonsággal kúszhatnak, mászhatnak gyermekeink, „felfedező” útra indulhatnak. Itt jó együtt lenni a mamatársakkal, figyelni gyermekeink tevékenységét, és még segítséget is kapunk a neveléshez.”

A kisgyermekek kiegyensúlyozott fejlődését több úton segíthetjük. Fontosnak gondolom a szabad mozgás biztosítása és a játék örömeinek megtapasztalása mellett a gyermekdalok, gyermekmondókák újraélesztését. Napjainkban mintha erről elfelejtkeznénk.

Az egymásra figyelmet erősíti, s az örömszerzéshez ezeken az elfeledett gyermekdalokon, mondókákon keresztül is eljuthatunk. A kisgyermek érzésvilágához, a gyermeki gondolkodáshoz ez áll a legközelebb. Az édesanyákat újra kell tanítani a gyermekdalokra, mondókákra. Nagyon jó látni, ahogy az együttjátszás örömét újra élik, már más szerepben: édesanyaként.

A workshopon az általunk alkalmazott módszereket mutatjuk be meghívott vendégcsaládjaink segítségével.



Komplex betegségek megelőzése

Hogyan éljünk egészségesebben?

Mit tehet az egyén és az egészségügy ezért?

Dr. Dobó Márta – Dr. Klujber Valéria

Dr. Dobó Márta csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, az OGYEI Prevenációs Főosztályának főosztályvezetője. Szakterület: népegészségügy, allergia-megelőzés Egyéb érdeklődés: homeopátia

Telefon: 06 (1)383-8477, 06(30) 444-5659

E-mail: mdoobo@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

Dr. Klujber Valéria csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, genetikus, az OGYEI Prevenációs Főosztály osztályvezetője. Szakterület: népegészségügy, humán genetika

Telefon: 06 (30) 4445669

E-mail: vklujber@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

A MEGBESZÉLÉS TÉMÁJA:

Az egészség-megőrzés, a prevenció mindenkinek fontos – látszólag.

„Fontos” az egészségügynek, az oktatás területén dolgozóknak, számos civil szervezetnek és természetesen valamennyi politikai pártnak.

Ezzel szemben mi az igazság?

A felsorolt szervezetek közül valamenyny próbál tenni a fenti cél megvalósulásáért, de valójában egyik sem tehet semmit az emberek egészségtudatos magatartása nélkül.

„Néhány évvel ezelőtt egy repülőgépen az U.S. Today nevű amerikai napilapban olvastam az akkor legkorszerűbb (a szak-

lapokban *előző héten* megjelent) orvosi kutatások eredményeit. Amerikai ismerősim később elmondták, hogy náluk természetes, ha valaki – az egyszerűen rendelkezésre álló információk alapján – megkérdezi orvosát: nála nem segítene-e az új eljárás vagy gyógyszer (ami éppen az ő betegségét érinti)”. D.M.

Az utóbbi időben nálunk is sokat változott a helyzet, már ami az egészséget érintő tájékoztatást illeti. Egyre többen használják a világhálót, egyre gyakrabban találkozni olyan betegekkel, akik utánanéznék betegségüknek. Szerencsére az egészséges életmód egyes módszerei is divatosak. Ennek ellenére mi, magyar orvosok, még sok esetben csodálkozunk, hogy páciensünk – adott esetben – többet tud bizonyos „or-



vosi dolgokról”, mint azt elvárnánk, és néha megfogalmazódik bennünk a kérdés: „Mit okozkodik ez a beteg?”. Tény, hogy sokkal nehezebb egy orvosnak a beteg állandó kontrollja alatt dolgozni, de ugyanakkor tudjuk, hogy a páciensek **tájékoztatottsága** és **tenniakarása** nélkül hosszú távon mi sem boldogulunk.

Különösen igaz ez, ha a prevencióról beszélünk. Akiben nem fogalmazódik meg a vágy, hogy egészségesen éljen és egészségét a késő öregkorig megőrizze, és nem kíván tenni is ezért, azon nem segít semmiféle egészségügyi program, hivatalos vagy civil szervezet. Egészségünkért saját magunk tehetünk a legtöbbet.

Intézetünk Prevenció Főosztályán az elsődleges megelőzés módszereinek következetes alkalmazásával, új módszerek

bevezetésével igyekszünk a „másik oldal” részéről mindent megtenni az egészség megőrzéséért.

Családtervezési programunk még a tervezett fogamzás előtt megkezdődik, és az egészségesen születés feltételeit igyekszik megteremteni. Egyik lényeges eleme a terhességre való három hónapos felkészülés. Ezt az időszakot a káros külső hatások kerülése mellett arra is fordítjuk, hogy bizonyos szűrővizsgálatokkal, részletes kikérdezéssel kiszűrjük a veszélyes állapotokat, és szükség esetén orvosoljuk azokat. Fontos az úgynevezett magzatvédő vitamin szedése, mely a fejlődési rendellenességek egy részét igazoltan kivédi, de csak akkor, ha a fogamzás idejében már megfelelőek a vitamintartalmak a szervezetben. Ezt úgy lehet elérni, hogy a tervezett fogantatás előtt egy hónappal ajánlatos elkezdeni a szedését.



A komplex betegségeket megelőző programjaink szintén korán, a születés percében, illetve fiatal felnőtt korban kezdődnek. A **korai kezdet** mellett a másik lényeges jellemzője programjainknak a **személyre szabottság**.

Nehéz általános, az egészséges életmódra vonatkozó szabályokat évekig betartani, hacsak nem tudjuk, hogy ez – a minket nagy valószínűséggel „fenyegető” –, a későbbi életkorban jelentkező betegséggel szemben nyújt számunkra védelmet.

Komplex betegség alatt az örökölt hajlam talaján környezeti tényezők (életmód, táplálkozás, ivóvíz, levegő, lakáskörülmények, stb.) hatására létrejövő, általában ismétlődő vagy krónikus betegségeket értjük. Ide tartozik a legtöbb gyakori orvosi problémát okozó betegség, de a vezető halálokok is. Jelenleg Intézetünkben három betegségcsoporttal szemben működik prevenció program. Ezek a szív- és érrendszeri betegségek (mint infarktus, magas vérnyomás, agyvérzés), az allergiás betegségek és a kóros kedélyállapot (depresszió) megelőzését jelentik.

Az első csoportba tartozó betegségek jelentik a nyugati típusú életmódot folytató országokban a vezető halálokot. Minden tapasztalat azt mutatja, hogy ezek életmódbeli tényezőkkel lényegesen befolyásolható betegségek.

A második csoport gyakorlatilag népbetegség, hazánk lakosságának 25-30%-a

sz szenved valamilyen allergiás betegségben: ekcémában, szénanáthában, asztmában, ételallergiában vagy más, ritkább atópiás jellegű betegségben. Ha csak kitolhatjuk a betegség jelentkezésének idejét, vagy enyhíthetjük a tünetek súlyosságát – pl. az asztma helyett csak szénanátha jelentkezik –, akkor már sokat tettünk.

A depresszió gyakorisága szintén növekszik. Ráadásul szaporodik ennek egyik jellegzetes megjelenése, a gyermekágyi depresszió, mely fiatal nőt és családjukat érinti, s fenyegeti a harmonikus anyagyerek kapcsolat kialakulását. A betegségekre hajlamosak egy egyszerű kérdőív segítségével felismerhetők és gondozásba vehetők, így a súlyosabb betegség elkerülhetővé válik.

Stratégiánk a következő: a családi háttér felderítésével tisztázzuk a meglévő, valószínűleg örökölt betegség-hajlamot. Erről tájékoztatjuk a hozzánk családtervezési szándékkal forduló fiatalokat. Elmondjuk nekik azt is, hogyan védekezhetnek a betegség megjelenésével szemben, milyen környezeti hatásokat, életmódi tényezőket kell kerülniük. Hangsúlyozzuk, hogy ugyanazok a prevenció tanácsok vonatkoznak rájuk és születendő gyermekükre is. Ettől a perctől kezdve az érintettek személyre illetve családra szabottnak érzik a programot, belátják, hogy érdemes a prevenciót most – tünetmentesen, egészségesen – elkezdeni. Azt is érzik, hogy gyermekük védelme az ő példamutatásukon (a kapott tanácsok alkalmazásán) múlik. A



program tehát két generációt érint. Folyamatosan kapcsolatban vagyunk az érintett párokkal, többször visszarendeljük őket kontrollvizsgálatokra, biztatjuk őket a tanácsok betartására hosszú távon is.

Az ilyen programok sikeréhez feltétlenül szükséges az, hogy a fiatalok önként jelentkezzenek a programokra és **akarjanak tenni** saját egészségük megőrzéséért.

A műhelymunka során kíváncsiak vagyunk a résztvevők egészséggel kapcsolatos elképzeléseire.

Mit tartanak egészségesnek? Mit tesznek egészségük megőrzéséért? Min változtatnának? Ehhez milyen segítséget igényelnek?

Hisznek-e a prevenció fontosságában? Mit gondolnak arról, hogy ezt mikor és mivel lehet elkezdni?

Mennyire tartják fontosnak a „személyre szabott” prevenciót?

Mi a véleményük programjainkról?

Hogyan lehetne prevenciós munkánkat még hatékonyabbá tenni?

Mit tehetünk – mi szakemberek – az egészségtudatos magatartás kialakításáért? Tájékoztatás – információk?, „Megijesztés?”, „Elrettentés?” pl. a betegség következményeinek ismertetése?

Vagy az egészséges élet alternatíváinak bemutatása?

A program tervezett menete:

A jelentkezők mindannyian kitöltenek egy egyoldalas kérdőívet, mely egészségükről, az egészséghez való viszonyukról szól.

A témavezetők ismertetik az általuk vezetett prevenciós programokat, és azok tapasztalatait megosztják a résztvevőkkel.

Ezt követően egy olyan beszélgetést szeretnénk folytatni, amelynek során az egészségmegőrzés illetve betegség-megelőzés ideális módszerei fogalmazódhatnak meg. Számítunk a résztvevők személyes tapasztalataira, tanácsaira, kritikájára!

Szeretettel látunk minden érdeklődőt!



Gyógyító szavak

Dr. Stenger Györgyi

Dr. Stenger Györgyi okleveles NLP tanárként a Nemzetközi NLP Alapítvány keretein belül felnőttek képzésével foglalkozik. Eredeti foglalkozása jogász, több mint 10 évet dolgozott az államigazgatásban, és hat évet a bankszektorban. Gazdag tapasztalatot szerzett a különböző kultúrák közötti emberi/üzleti kommunikáció területén.

Cégét (NLP Tanácsadó Bt. 1094 Budapest, Tűzoltó u. 13.) 1999-ben alapította.

Tél.: 06 (1) 215-0654, 06 (30)-919-8280

E-mail: nlpconsulting@pronet.hu

Honlap: www.nlpconsulting.hu

„NYELVÜNK CSODÁKRA KÉPES.”

Az NLP (Neurolingvisztikus Programozás) második betűje a nyelvre utal. Az NLP megalkotói John Grinder (nyelvész-professzor) és Richard Bandler különös dolgokat figyelt meg három kiváló terapeuta (Virginia Satir, Milton Ericson, Fritz Pirls) nyelvhasználatában. Hasonló nyelvi mintákat (kérdéstechnikákat, szókapcsolatokat, szószerkezeteket) vettek észre valamennyiüknél, amelyek révén gyorsabban érték el tartós változásokat pácienseiknél, mint más terapeuták.

Grinder és Bandler, miután kipróbálták ezeket az érdekes, néha szokatlanul hangzó nyelvi szerkezeteket, rájöttek, hogy náluk is jól működnek. Innen már csak egy lépés volt, hogy másoknak is megtanítsák őket, és a siker itt sem maradt el.

Bármilyen bonyolult is a nyelv, anyanyelvünket valamennyien különösebb nehézség nélkül, természetes módon sajtá-

títjuk el, és tudattalanul használjuk. Beszéd közben főként a tartalomra figyelünk, arra, hogy milyen gondolatokat akarunk közölni. A szavakba öntött gondolatok csak részben fejezik ki a beszélő tapasztalatát, élményvilágát. A felszín alatt, a mélyben lappang a teljes emberi tapasztalás, amely minden esetben sokkal gazdagabb a kimondott szavaknál. Így előfordulhat, hogy úgy véljük, értjük a másikat, és az, hogy teljesen másra gondolt, csak akkor derül ki, amikor bővebben, részletesebben fejti ki mondanivalóját.

Ugyanakkor nyelvünk nemcsak eszközzül szolgál, hogy megjelenítse és továbbadja tapasztalatainkat, hanem néha helyettesítheti is az élmény „valódi” megtapasztalását. Maguk a szavak alakíthatják, módosíthatják érzékelésünket. Ezért a nyelvnek igen komoly szerepe van a változás előidézésében, legyen az pozitív, vagy negatív.

A körülöttünk lévő világot teljes lényünkkel érzékeljük: látunk, hallunk, ta-



pintunk, érezzük az illatokat, ízeket. A külvilágból jövő ingereket, adott esetben a beszédet, valamennyi észlelési csatornán keresztül fogadjuk és dolgozzuk fel. Általában úgy érzékeljük, hogy sokkal könnyebb azokra az emberekre figyelni, akik hasonló kifejezéseket használnak, hasonló megjelenítő rendszerben gondolkodnak, akár hasonló tempóban beszélnek, mint mi. Még a szavak és mondatok közti szünet is számít, nem beszélve a hangsúlyról.

Feltűnt-e már, hogy vannak szavak, amelyeket kiemelten hangsúlyosan ejtünk? Vajon mire jó az, ha észrevesszük a beszélő által különös gonddal kiejtett, eltérően hangsúlyozott vagy akár más hangszínnel mondott szavakat?

Ha tudatosan figyelünk arra, hogy ki milyen szavakat vagy mondatrészeket emel ki, nagyon rövid idő alatt felfedezhetjük, hogy mi a fontos az illető számára az adott témakörben. Nemcsak a hétköznapi, hanem az üzleti életben is felbecsülhetetlen jelentősége van annak, hogy ki melyik szóra helyezi a hangsúlyt. Ha figyelembe vesszük, hogy a mondanivalót hordozó szavak tükrözik a beszélő világát, beleértve értékrendjét is, akkor megértjük, hogy bizonyos szavak kiemelése, akár annak kézmozdulatokkal való alátámasztása egyáltalán nem tudatos folyamat eredménye. Valahogy úgy működünk, hogy ha valami igazán fontos számunkra, akkor megtaláljuk a módját, hogy beszédünkben is hangot adjunk neki.

Ha hegyezzük a fülünket és meghalljuk a kiemelt szavakat, nem kell mást tennünk, mint visszaadni, megismételni azokat, azaz felhasználni a további beszélgetésben, tárgyalásban. Ez az egyszerű technika, amikor „ellopjuk” a másik kifejezéseit, szavait, megváltoztatja a kommunikáció minőségét. Amellett, hogy a másik személy úgy érzi, hogy valóban figyelünk rá, egyre szimpatikusabbá válunk számára, mert úgy érzi, hogy végre valaki megérti őt. Pedig nem történt semmi más, mint az általa fontosnak tartott, kiemelten hangsúlyozott szavakat átvettük, beillesztettük beszédünkbe. Lehet, hogy hihetetlennek hangzik, de az emberek többsége azt sem veszi észre, ha szó szerint megismételjük a kijelentéseit. Szembesülnek gondolataikkal, néha még ki is javítják azokat. Természetesen a papagáj módjára való ismételtetés adott esetben még sértő is lehet. Célravezető, ha mindig a kapcsolatnak és helyzetnek megfelelő tisztelettel és tapintattal használjuk ezt a módszert. Mire lehet hasznos ez az egyszerű és könnyen elsajátítható technika? Arra biztos, hogy kommunikációnk érdekesebb legyen, hiszen nemcsak az esetenként unalmas tartalomra figyelünk, hanem rövid időn belül sok hasznos információt tudhatunk meg a beszélőről.

Minél jobban felismerjük a szavak erejét, annál tudatosabban tudjuk alakítani kommunikációnkat. Nemcsak a másik személyt tudjuk szóhasználatából és gesztusaiból jobban megérteni, hanem saját verbális és nonverbális kommunikációnkat is.



Érdeemes kísérletezni és megtapasztalni, hogy milyen hatást váltunk ki másokból. Amennyire az egyedi szóhasználat tükrözi használója gondolkodásmódját, egyéniségét, úgy igaz az is, hogy bizonyos szavak hasonló hatást váltanak ki.

Álljon itt egy egyszerű példa a DE szócska használatáról.

Figyeljük meg, hogy milyen érzés lenne a következő mondatokat hallani!

Javult a koleszterinszintje, de nem tartotta be a diétát.

Nem tartotta be a diétát, de javult a koleszterinszintje.

Melyik mondat hallatán érezzük jobban magunkat?

A „de” szócska az a „varázsvessző”, amely egy suhintással eltünteti a mondatban az előtte álló gondolatot. Ha ez volt a szándékunk, akkor érdemes használni, de ha nem, akkor mit tegyünk? Néhány javaslat – mindenki válasszon saját szájíze szerint: *ugyanakkor, ezzel együtt, emellett, miközben, mindazonáltal, bár, és, stb.*

A workshop alatt megismerkedünk gondolkodásunk szerkezetével, és azzal, hogyan tükröződik ez beszédünkben. Hogyan tudunk a beszélő szóhasználatából következtetni arra, hogy éppen képekben, hangokban vagy érzésekben gondolkodik? Hogyan tudjuk ezt felhasználni a kommunikáció fejlesztésére, nagyobb megértés és összhang teremtéséhez?

NÉZZÜNK KÉT PÉLDÁT!

1. *(Az orvos és páciense elbeszél egymás mellett)*

Orvos: Jó napot kívánok. Hogy vagyunk, hogy vagyunk?

Páciens: Jó napot, doktornő, látom, új frizurája van, milyen jól áll önnek ez az új hajszín.

Orvos: Foglaljon helyet. Szeretném hallani a tapasztalatait az új gyógyszerről.

Páciens: Nem látok különbséget a régi és az új között. Nincs látványos javulás. Néha talán még sötétebben látom a világot.

Orvos: Ne **mondja!** A többi páciensem arról **számol be**, hogy **hallatlanul** nagy a különbség. Az egyik betegem azt **mondta**, ha **zongorázni** tudná a különbséget, akkor ő lenne Ránki Dezső. Mit **szól** maga ehhez?

Páciens: Nem tudom. Pedig naplót is vezetek. Összehasonlítottam a korábbiakkal és úgy látom, hogy nem szembeötlő a javulás, sőt, alig észrevehető. Akarja látni, elhoztam, szívesen megmutatom, még grafikonnal is ábrázoltam.

Orvos: A jövő héten **meghallgatok** egy **előadást** az új gyógyszerről. Szedje még egy hétig, és ha nem használ, akkor **megbeszéljük**, hogyan tovább.

Páciens: Nem értem én ezt az orvost, mindig csak előadásokat látogat, vethetne egy pillantást a vérképemre, meg rám is.

Orvos: Nem értem ezt a beteget, mintha nem **hallaná, amit mondok. Süket füleknek beszélnek!**



2. (Az orvos és páciense összhangban van)

Orvos: Jó napot, kívánok Kovács úr!
Hogy érzi magát?

Páciens: Jó napot doktor úr, talán egy kicsit **jobban vagyok**.

Orvos: **Foglaljon helyet** itt, mert ez a szék **kényelmesebb**. Mit **tapasztalt** az új gyógyszeréről? **Ossza meg** velem, kérem.

Páciens: Nincs **érzékelhető** különbség a régi és az új között. Nincs **egetverő** javulás. Néha talán még **nyomottabb** a hangulatom.

Orvos: **Meglepő**. A többi páciensem, aki szedi, **nagy** különbséget **észlelt**. Az egyik betegem **úszik a boldogságban**, amióta ezt szedi. **Nagyon szeretne meggyógyulni**.

Páciens: A múlt alkalom óta **mérem** és **összehasonlítom** az eredményeket. **Lassú a javulás**. **Mit tehetek** még, hogy **jobban hason** a gyógyszer?

Orvos: Még egy hétig **szedje**, aztán majd **kitaláljuk**, hogyan tovább. Addig még **el-megyek** egy **tapasztalatszerére**.

Páciens: Nagyon **szeretem** ezt az orvost, mindig **nyitott** az újra, és úgy **érezem**, hogy partnerként **kezel**.

Orvos: **Kedvelem** ezt a beteget. Mindig **együttműködő**. Meg is fog **gyógyulni**.

A workshop második felében a gyógyulást és a pozitív változást elősegítő nyelvi fordulatokat alkotunk, melyek egy kis gyakorlással készséggé válhatnak, és jelentős javulást hozhatnak saját és környezetünk életében.

Az NLP, mint a változás művészete elősegíti, hogy életünket úgy tudjuk alakítani, hogy elérjük céljainkat a munkában és a magánéletben egyaránt, és megtaláljuk a belső harmóniát.



Kapcsolataink elemzése

A Tranzakcióanalízis (TA) alkalmazása az egészségügyi gyakorlatban

Goldschmidt Liza

Goldschmidt Liza tanító, tanár, pszichológus. Jelenleg az IBS-ben tanít, szervezetfejlesztő, tréner, valamint életvezetési tanácsadással foglalkozik. Szakterülete a „TA”, amelynek elméleti hátterét gyakran használja munkája során.

Cím: 1077 Budapest, Rózsa utca 20.

Tél.: 06 (70)221-1106

E-mail: trigon@freemail.hu

A „TA” a tranzakcióanalízis rövidítése, amelyet Eric Berne (1910-1970) pszichiáter alkotott meg. Segítségével könnyen el-sajátítható, jól megfigyelhető strukturált elméletet kaptunk. Az elemzés magyarázatot ad az emberek korábbi viselkedésére, és előrevetíti a jövőbeni viselkedésüket. Eric Berne ezzel a modellel olyan elméletet hozott létre, amely alkalmas a személyiségen belüli, és két vagy több ember közötti információs és érzelmi cserefolyamatok, illetve tranzakciók elemzésére. Berne pszichoanalitikus végzettségű volt, és az új megközelítési mód kidolgozása arra sarkallta, hogy minden érdeklődő ember számára legyen hozzáférhető, érthető. Szlogenszerű megfogalmazásában a cél az volt, hogy nyelvezetét és elméletét a nyolc éves gyerekek is megértsék.

A „TA”-t használják különböző multinacionális és nonprofit szervezetekben egyaránt, az oktatásban, klinikumban, tanácsadásban, a szociális szférában, vezetőképzésben, stb. Emberképe az autonóm

ember, aki nyitottan és elfogulatlanul fordul az adott valóság felé, aki felelősséggel kapcsolódik a jelenbe. Aki képes tudatosságra, spontaneitásra és az intimitásra. E fogalmakat a köznyelvi használatától némileg eltérő jelentéstartalommal használja.

A „TA” FILOZÓFIÁJA

- ❖ Az emberekkel minden rendben, mindenki O.K.
Mindenki „oké”-nak születik, és arra törekszik, hogy harmóniában éljen magával és másokkal. Ha mégsem, az „sorskönyvi” hatások eredménye, és megváltoztatható.
- ❖ Mindenki megvan a gondolkodásra való képesség.
Ezért minden embernek a saját felelőssége annak eldöntése, mit akar az élettől.
- ❖ Mindenki felelős a saját döntéseiért, s ha tényleg meg akar változni, meg akar gyógyulni, azt megteheti.
- ❖ Az emberek képesek a változásra, ha felismerik valóságos lehetőségeiket.



A „TA” (Tranzakció Analízis) egyik alap-gondolata az **énállapotok** fogalma. Minden ember minden pillanatban a Szülői, a Felnőtt vagy a Gyermeki énállapotok valamelyikében van. Ha úgy reagálok, ugyanazokkal a gesztusokkal, szókészlettel, érzésekkel, mint valamelyik szülőm, akkor Szülői énállapotban vagyok, ha úgy reagálok, mint kisfiú vagy kislánykoromban, akkor Gyermeki énállapotban. Amikor közvetlen tapasztalatainkra építve, tárgyilagosan értékelünk egy helyzetet, akkor Felnőtt énállapotban vagyunk.

AZ ÉNÁLLAPOTOK JELLEMZŐI

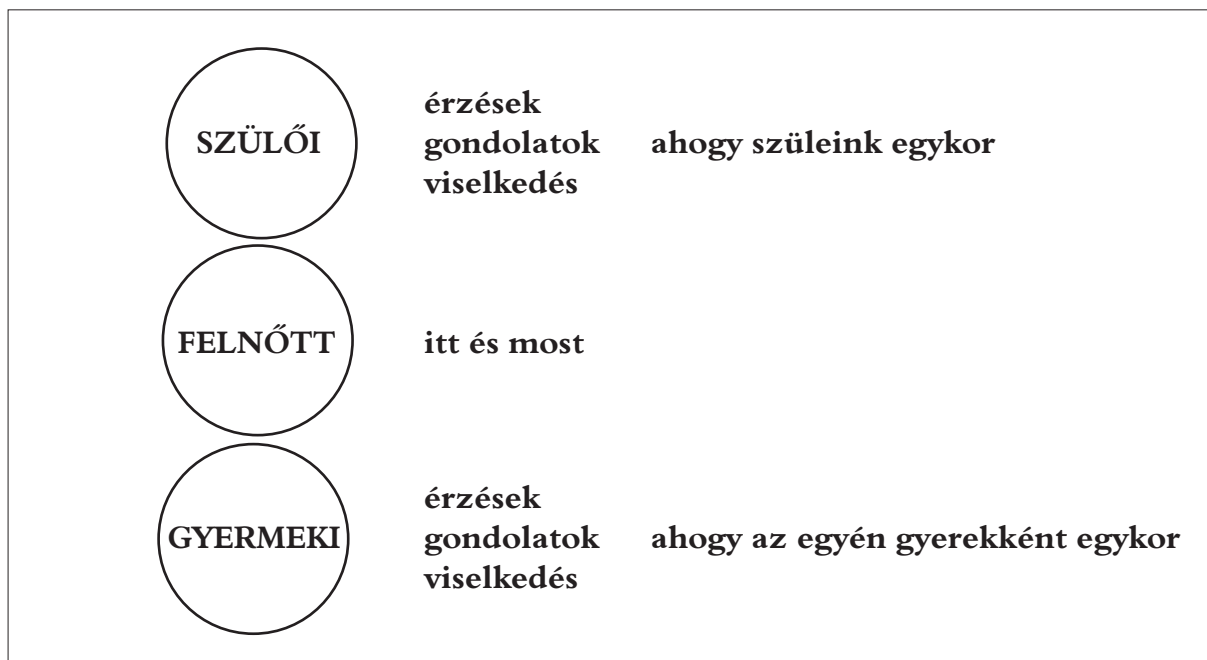
❖ **Kritikus Szülői énállapot** az, amely ellenőriz, szabályokat érvényesít. A szocializációs folyamatban van hangsúlyos szerepe, de előfordul, hogy túlzásai károkat

okoznak. Negatív, ha a másik méltóságát sértő, leértékelő bíráló.

❖ **Gondoskodó Szülői énállapot** az, amikor az egyén önmagáról vagy a másiról gondoskodik, bátorít, vigasztal, segítséget nyújt. Túlzásai szintén károkat okozhatnak, pl. túltámogatás, amikor már a másik önállóságát, autonómiájának fejlődését sérti.

❖ **Felnőtt énállapot** az „itt és most”-ra adott válaszok célirányos, pontos megfogalmazása, információk gyűjtése, hipotézisek felállítása.

❖ **Alkalmazkodó Gyermeki énállapot** az, hogy hogyan fejezi ki, hogyan viszonyul az egyén a vele szemben támasztott követelményekhez. Látható, milyen módon kerüljük el a veszélyes dolgokat, és az is, hogyan fogadtatjuk el magunkat.



A másik alapgondolata az **Életpozíció vagy OK keret.**

Az életpozíció négy típusát a magunkról és másokról kialakított meggyőződéseink adják.

❖ **Én OK vagyok, te OK vagy pozíció (+,+)**

Én is, te is, ill. mások is szeretetreméltóak vagyunk, jól tudunk egymásra figyelni, együtt tudunk működni

❖ **Én OK vagyok, te nem vagy OK (+,-)**

Jellemzője az én túlértékelése, mások lebecsülése. „Hozzád képest én jobb vagyok”- versengés jellemzi

❖ **Én nem vagyok OK, te OK vagy (-,+)**

Ebben a pozícióban magunkat értékeljük

le a másikhoz képest. Úgy érezzük, jobb, ha el se kezdünk dolgokat, mert úgyse sikerülhetnek

❖ **Én nem vagyok OK, te sem vagy OK (-,-)**

Itt, ebben a pozícióban azt gondoljuk, hogy nem lehet minket szeretni és mások ill. a többiek is egy gonosz világ képviselői

- + Bajom van magammal Benned bízom	+ + Bízom magamban Bízom benned
- - Bajom van magammal Benned sem bízom	+ - Bízom magamban Nem bízom benned

A workshopon ezt a két elméleti szeletet ültetjük át a gyakorlatba több érdekes, tanulságos feladaton keresztül.



MIT TANULHATUNK, ISMERHETÜNK MEG A „TA” SEGÍTSÉGÉVEL?

- Milyen eszközöket használunk mások befolyásolására, és milyen eszközök érintenek érzékenyen bennünket? Pl. hatalmi viszonyok főnök és beosztott között

- Hogyan gyógyíthatunk és motiválhatunk a szavainkkal? Pl. munkahelyünkön, családjában, különböző helyzetekben.

- Mikor akarunk, és mikor nem aka-

runk egyenrangú viszonyokat kialakítani? Pl. nemcsak a másikon múlik.

A workshop tartalma

Tekintettel az idő rövidegére ezen a workshopon a „TA” egy-két alapfogalmára helyezük a hangsúlyt, rövid előadás és a mindennapi életben is jól használható gyakorlatok követik egymást. A program alkalmat nyújt arra, hogy felismerjük és tudatosítsuk magunkban az egyénre, önmagunkra jellemző kommunikációs stílusunkat és ennek hatását másokra.



Gyermekek jól-léte, életmódja és a család – egy egészségmagatartás kutatás tükrében

Dr. Aszmann Anna – Várnai Dóra

Dr. Aszmann Anna gyermekorvos, társadalomorvos, főosztályvezető az OGYEI Gyermekegészségügyi Főosztályán.

Cím: 1113 Bp. Diószegi u. 64.

Tél.: 06 (1) 365-1540

E-mail: anna.aszmann@ogyei.hu

Várnai Dóra kutató, pszichológus az OGYEI Gyermekegészségügyi Főosztály, Epidemiológiai Osztályán.

Tél.: 06 (1) 365-1540

E-mail: varnai@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

BEVEZETÉS

Az „Iskolásgyermek Egészségmagatartása” (HBSC, Health Behaviour of School Aged Children EVSz kollaboratív kutatás) nemzetközi keretben folyó, országos reprezentációjú, serdülőkorúak között végzett vizsgálataink egyik fontos célkitűzése a gyermek jól-léte, életmódja, valamint a szocializációs szinterek (család, iskola, kortárs csoport) összefüggéseinek vizsgálata volt.

A 11-17 éves tanulók jól-létére vonatkozóan rákérdeztünk a saját egészséggel, élettel való elégedettség mellett a leggyakoribb, pszichoszomatikus eredetű panaszokra és a saját erőnlét minősítésére is. MÉRŐSKÁLÁKAT alkalmaztunk a tanulók depresszív tüneteinek és önértékelésének mérésére.

Számos kérdés szerepelt a család, iskola és a társas kapcsolatok szerepének, ható

tényezőinek feltárására, és a szocializációs szinterek közötti kapcsolatok azonosítására. Az életmódot komplex módon közelítettük meg: az egészséget befolyásoló szokások (egészségmagatartás) közül vizsgáltuk a táplálkozást, a mozgást, a szabadidő-felhasználás módját (pl. tv, számítógépezés), a tanulásra fordított időt és a rizikómagatartás-formákat (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, a szexuális aktivitás mellett a védekezés elmulasztása).

A serdülőkor a társas „támogatórendszerek” átstrukturálódásának időszaka, melyre jellemző a szülővel való kapcsolat átalakulása mellett a barátok szerepének és befolyásoló hatásának növekedése, az iskolai kapcsolatrendszer változása is. Ezek a folyamatok a személyiségfejlődésre hatva az egészségre és az egészségmagatartásra is kifejtik hatásukat. Az alábbiakban áttekintjük e három társas terep: a család,



a kortárskapcsolatok és az iskola néhány fontos jellemzőjét (úgy mint: a család szerkezete és működése, a baráti kapcsolatok jellemzői, illetve az iskolai környezet percepciója – az osztálytársakkal, a tanárokkal való kapcsolat, az iskola szabályrendszerének megítélése, az iskolához való viszonyulás), és a tanulók jól-létével, egészségmagatartásával való kapcsolatát.

Alábbiakban áttekintjük a legfontosabb elsődleges szocializációs színtér, a család néhány jellemzőjének (struktúra, szocio-ökonomiai státusz, szülői bánásmód) kapcsolatát a gyermekek jól-létével és egészséget befolyásoló magatartásával. Néhány szóban utalunk a kortárskapcsolatok, az iskola és a család közötti kapcsolatok jelentőségére is.

EGÉSZSÉG, JÓL-LÉT, ÉLETMÓD ÉS CSALÁD

A család, mint elsődleges szocializációs terep jellemzői – így a szülők nevelési stílusa, a kapcsolat melegsége, a családtagok közötti kommunikáció, a gyermek feletti kontroll, a társas támogatás mértéke – alapvető meghatározói nemcsak a gyermek fejlődésének és jól-létének, de az egészséget befolyásoló magatartásának is. Ez a komplex rendszer azonban nem statikus, hanem folyamatos változásokkal és átmenetekkel jellemezhető. Az egyik ilyen tipikus átmeneti szakasz a gyermek serdülőkorba lépése, amikor is a családi hierarchiában a serdülő „pozíciója” megerősödik.

A serdülőkor azonban a rizikómagatar-

tással (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, táplálkozási devianciák) való próbálkozás, sőt, nemritkán a rizikómagatartás megszilárdulásának időszaka is.

A CSALÁD STRUKTÚRÁJA

A HBSC kutatás hazai mintájában szereplő 13-17 éves gyermekek mintegy háromnegyede (78,3%) él teljes családban. A családok 4,2%-a édesanya nélküli, 20,4% pedig édesapa nélküli. Édesapjával és nevelőanyával a gyerekek 0,9%-a, édesanyjával és nevelőapával pedig 5,7%-a él. Az egyszülős családban élők aránya ezek szerint 15%: csak édesapával él 1,7%-a, csak édesanyával él a gyerekek 13,3%-a.

Az étellel való elégedetlenség a gyermekeket egyedül nevelő apák gyermekei között volt a legkifejezettebb (akik az elérhető 10-pontból átlagosan 6,6 pontot értek el az erre szolgáló mérőskálán), a gyermekeket egyedül nevelő anyák gyermekeinél ez 6,98 pont volt; mindkét esetben alacsonyabb, mint az édesszüleikkel, vagy valamelyik édesszüleijével és nevelőszüleijével együtt élő gyermekek esetében.

A CSALÁD SZOCIO-ÖKONÓMIAI STÁTUSZA (SES)

Az egészség, jól-lét és életmód szocio-ökonomiai tényezőkkel való kapcsolata sokszorosan bizonyított.

A család jómódúságát objektív módon (autó és számítógép tulajdon, saját szoba, nyaralás), és a tanulók észlelésén keresztül



mértük. Mindkét módon mért jó módúság szignifikáns kapcsolatot mutatott a tanulók önminősített egészségével, étellel való elégedettségével, de a gyermekek saját percepciója volt a döntő. A jó módúság skálán legalul lévő gyermekek válaszai több testi-lelki tünetről, alacsonyabb önértékelésről tanúskodnak. Például a jobb anyagi lehetőségekkel rendelkező (felső közép és felső kategóriák) családok gyermekeinél a depresszió skálán mért pontszám alacsony volt; a jó módúság önminősítése szerint „egyáltalán nem jó módú” családok gyermekeinél viszont elérte a depressziót jelző pontszámot, valamint az anyagi helyzet javulásával (szubjektív és objektívizált megítélés) az étellel való elégedettség is növekszik.

Vizsgálati eredményeink arra utalnak, hogy a családok szocio-ökonómiai státusza (SES) elsősorban a családok működésén és a gyermek önértékelésének változásán keresztül fejt ki hatását.

A családok jó módúsága részben kedvező, részben kedvezőtlen összefüggést mutatott gyermekeik életmódjával: a jó módú gyerekek például többet sportolnak, de többen fogyasztják a gyorséttermi ételeket is. A jó módúság és a rizikómagatartás között pedig előzetes vizsgálataink inkább egyenes (bár igen gyenge) összefüggést találtak. (Az idősebb korcsoportokban nagyobb valószínűséggel dohányoznak és fogyasztanak alkoholt a jó módú fiatalok). Például a magasabb jövedelmű családokban (felső illetve felső középkategória) magasabb arányban találhatók olyan tanulók, akik sokat mozognak,

vagyis hetente átlagosan 5 vagy annál több alkalommal.

A CSALÁD MŰKÖDÉSE, AZ ÉSZLELT TÁRSAS TÁMOGATÁS

Erre vonatkozóan kutatásunk a családtagok közötti kommunikációt (problémamegbeszélés) és a szülők nevelési stílusát vizsgálta (a szülői szeretet, kontroll és túlvédés).

A problémamegbeszélés a társas támogatásnak, a szülőkkel fennálló jó kapcsolatnak nagyon fontos indikátora. Minden korcsoportban magas volt azon tanulóknak aránya, akik úgy érzik, képesek a számukra fontos problémáik megbeszélésére a hozzájuk közel álló személyekkel. A legjobb barát áll az első helyen e tekintetben, őt az édesanya és nővér követi, majd a báty és végül az édesapa zárja a sort. Általános nemi különbségként jelentkezik, hogy a férfi családtagokkal összességében nehezebb a beszélgetés. A szülőkkel való sikeres problémamegbeszélés szignifikáns kapcsolatot mutat a testvérekkel és a barátokkal való jó kommunikációval, s ez is bizonyítja, hogy a szociális kapcsolatteremtő képességet és készséget a gyermekek a családban sajátítják el.

ÖNMINŐSÍTETT EGÉSZSÉG, JÓL-LÉT, ÉLETMÓD ÉS SZÜLŐI BÁNÁSMÓD

A család objektíven mért és szubjektív jó módúságánál meghatározóbb a család működése, a szülői bánásmód. Vizsgálá-



tunkban az észlelt szeretetre, a szülők gyermekeik felett gyakorolt ellenőrzésére és a túlvédésre vonatkozó kérdések szerepeltek. A gyermekek válaszai alapján a szülőket különböző csoportokba soroltuk (pl. magasan /átlagosan/ alacsonyan túlvédő).

- ❖ Önértékelés szempontjából az alacsony mértékben túlvédő szülők gyermekeire volt jellemző a legmagasabb önértékelési pontszám, ennél szignifikánsan alacsonyabb az átlagos mértékben túlvédő szülők gyermekeinek önértékelése, és a legalacsonyabb volt ez a pontszám a szülői túlvédés magas szintjén.
- ❖ A depresszív tüneteket mérő skálán a túlvédő szülők gyermekei érték el a legmagasabb pontszámot, és a legkevésbé túlvédő szülők gyermekeinél találtuk a legalacsonyabb pontszámot.
- ❖ A túlvédés és a rizikómagatartás közötti kapcsolatra jellemző, hogy az átlagos mértékű túlvédés mellett kisebb az esélye a kábítószer fogyasztásnak, mint a magas vagy az alacsony szülői túlvédés mellett. Leginkább valószínű a kábítószer használata azoknál a fiataloknál, ahol az átlagosnál magasabb a túlvédés.
- ❖ Az átlagos szülői kontroll mellett a tanulók depresszió pontszámai alacsonyabbak voltak, önértékelésük, étellel való elégedettségük pedig magasabb volt, mint az alacsony kontroll mellett.
- ❖ Minél magasabb volt a szülői kontroll, annál kevésbé találtuk valószínűnek, hogy a gyermek drogot fogyaszt, eltúlozza az alkoholfogyasztást, vagy rendszeresen dohányzik.

- ❖ Minél alacsonyabb a szülői kontroll, annál több időt töltenek a tanulók barátaikkal (ebben szerepet játszik az életkor és a gyermek neme is), és annál több estétüket töltik az otthonuktól távol. Ezt azért fontos megjegyezni, mert az otthontól távol töltött esték száma a rizikómagatartás erős prediktora.
- ❖ A szülői segítséget iskolai feladataikban nélkülöző tanulók közül 2-szer annyian voltak már részegek, mint azok a gyermekek, akik ezt a segítséget nem nélkülözik.

ÉLETMÓD ÉS CSALÁDI MINTA

Többszörösen bizonyított tény, hogy a rendszeresen dohányzó és alkoholt fogyasztó szülők (családtagok) gyermekei között magasabb arányban fordul elő rizikómagatartás. A dohányzó szülők családjában 13%-kal több a dohányzó gyermek.

Ezen túl a szülők dohányzása, különösen, ha rendszeresen a gyermekkel egy légtérben történik, a gyermek egészségét súlyosan veszélyeztető tényező. Feltétlenül meg kell jegyezni, hogy a passzívan dohányzó fiatalok arányát még azok között is nagyon magasnak találtuk (a tanulók 2/3-a), akik maguk nem dohányoznak (adat a Global Youth Tobacco Survey-ből).

A workshopon a kutatási eredményeket vitatjuk meg a hallgatók bevonásával, multimédiás eszközök segítségével.



Partnerség a családokért – A civil szektor fejlődése

Pocsajiné Fábián Magdolna – Jobbágy Mária

Pocsajiné Fábián Magdolna szociológus, közösségfejlesztő Békéscsabán a Megyei Művelődési Központban. A Közösségfejlesztők Békés Megyei Egyesületének titkára, a Nemzeti Civil Alapprogram Tanácsának tagja, a dél-alföldi régió képviselője.

Cím: 5600 Békéscsaba, Luther u. 6.

Tél.: 06 (66) 442 122

E-mail: civil@bekes-mmk.hu

Honlap: civilek.csabanet.hu

Jobbágy Mária mentálhigiénikus szakember, a partnerség elveit valló és ennek szellemiségében dolgozó szervezetfejlesztő és tanácsadó. 2004-ben életminőség-fejlesztő programsorozatot indít mindazoknak, akiknek hivatása a családhoz, a gyermekekhez kötődik.

Tél.: 06 (1) 38-38-477, 06 (20) 9120-937

E-mail: jobbagy8@hu.inter.net, jobbagy@ogyei.hu

Műhelyünk célja: a non-profit szektorban, kiemelten a civil szervezetekben rejlő erő, aktivitás, kreativitás megmutatása az egészségügyi-szociális területen. Megismerni, hogy a partnerség, mint szemlélet, mit jelent, milyen lehetőséget kínál a hétköznapi életben és kiterjesztve a három szektor – az üzleti, állami és civil – együttműködésében. Annak áttekintése, hogy milyen nehézségekkel kell számolni, és milyen pozitív példái vannak a partnerségen alapuló együttműködésnek.

Műhelyünkön vendégünk lesz néhány civil szervezet képviselője, akik röviden ismertetik, hogy milyen eredményeket értek el. Kiscsoportos műhelymunka formájában a következő kérdéseket gondoljuk át:

Milyen lehetőségek vannak civil szerveződésre a szociális és egészségügyi terüle-

ten? Milyen tapasztalatai vannak a résztvevőknek? Hogyan lehet megnyerni az állami szektor alkalmazottait és az üzleti szektor képviselőit az együttműködésre?

Rövid írásunkban gondolatébresztőként a partnerség alapelveit és civil társadalom néhány jellemzőjét mutatjuk be.

MIT JELENT A PARTNERSÉG? MIÉRT VÁGYUNK RÁ, ÉS MIÉRT OLYAN NEHÉZ KIALAKÍTANI?

A jó partnerség kialakítása művészet, melyben az egyéni érdekeken túlmenően megjelennek olyan elemek, magatartásformák is, mint: a bizalom, a másik fél személyének, tapasztalatának elfogadása, összefogás a közös cél érdekében, az eltérő érdekek tudatosítása, összehangolása, nyertes-nyer-



tes helyzetben való gondolkodás, rugalmas alkalmazkodás a másik fél/felek igényeihez, elvárásaihoz. Ez bizony fáradsággal és sokszor negatív érzésekkel jár, hiszen másként viselkedünk, gondolkodunk, érzünk. Mostanában versenyre szocializálódtunk, arra, hogy nyernünk kell! Sőt, nekünk kell nyernünk! Kevés pozitív példánk van arra, hogy úgy is nyerhetek, ha a másik fél is nyer.

A partnerség fontos eleme a pozitív hozzáállás, annak a tudatosítása, hogy a másokkal való partneri alapon történő együttműködés személyiségünket és munkánk minőségét is kedvező irányban befolyásolja. A közös munka nagyobb lehetőséget biztosít új ötletek felszínre kerülésére, új látásmód kialakítására, személyiségünk fejlesztésére.

Milyen formája lehet a partnerségnek?

- ❖ **regionális vagy helyi alapú**, melyeknél a helyi szervezetek állapotodnak meg az együttműködésben; pl. közös rendezvény, helyi érdeket szolgáló projekt, pályázat megvalósítása
- ❖ **témán alapuló**, melyeknél egy bizonyos témára szakosodott szervezetek állapotodnak meg az együttműködésben helytől függetlenül; pl. foglalkoztatás
- ❖ **tevékenységen alapuló**, pl. valamilyen szolgáltatás nyújtására, oktatásra, technológia fejlesztésére fognak össze különböző szervezetek; pl. idősellátás

A partnerség jelentőségének és lényegének megértése elsősorban pozitív hozzáállásban és szemléletváltozásban jelenik meg, melyhez egy kis lépés ez a műhely is.

Álljon itt néhány fontos gondolat a civil szektorról, melyet egy szakdolgozatból – a szerző hozzájárulásával – idézünk.

A CIVIL TÁRSADALOM ÉS AZ ÁLLAM

A civil társadalom fogalma a legutóbbi évtizedben hódított teret a társadalomtudományokban. Definíciója többretegű; szerzőnként eltérő meghatározásokkal lehet találkozni. *Általában a civil társadalom alatt értik a társadalomnak mindazokat az autonóm szervezeteit: az egyesületeket, köröket, egyházakat, amelyek nem függenek az államtól.*

Más szerzők ezt a meghatározást kiterjesztik. Beleértik azt a magatartást, amikor az állampolgárok részt vesznek a közügyekben, és nemcsak saját hasznukat keresik, hanem a közösség javát is igyekeznek előremozdítani. Jellemzőnek tartják a demokráciában szükséges mentalitást: a toleranciát a közösség többi tagjával szemben, még azokkal szemben is, akikkel nem értenek egyet, a vitára való készséget, a többségi döntés elfogadását, az erőszaktól való tartózkodást, stb.

A civil társadalom fogalmát használó szerzők általában feltételezik, hogy a demokratikus politikai rendszer működéséhez erős civil társadalom szükséges.

Tehát „egy atomizált társadalom, amelyben mindenki csak önértékét próbálja meg érvényesíteni, és ahol ezt a törekvést nem korlátozzák bizonyos általánosan elfogadott erkölcsi szabályok és normák, nem képes tartósan demokratikus maradni”.

„A civil társadalomhoz tartoznak közkeletű felfogás szerint a polgári kezdeményezések azon formái, amelyekben a polgárok önkéntesen vesznek részt érdekeik és értékeik megjelenítése, védelme érdekében, és amely



kezdeményezések az államtól elkülönítve, autonóm módon működnek. A fogalom további finomítása érdekében indokolt a harmadik, azaz a nonprofit szektor kifejezés használata, amely azt veszi figyelembe, hogy a polgárok szervezetei hogyan illeszkednek a társadalom nagy intézményei, különösen az állam és a piac által létrehozott szerkezethez. Ennek megfelelően az új és a régi demokráciák társadalmi és politikai változásai időről-időre indokoltá teszik a civil társadalom, illetve a harmadik szektor szerepének újragondolását.”

CIVIL TÁRSADALOM, CIVIL SZERVEZETEK JELLEMZŐI

1. A civil szektor társadalmassult, közösségbe szerveződött emberi kapcsolatok láncolata.

2. A civil szerveződés egy olyan öntevékenységet jelent, amely az életminőséget próbálja javítani, formálni, alakítani a maga eszközeivel, a maga kultúrájával.

3. Államigazgatástól független önszerveződő közösség.

4. Alulról jövő kezdeményezés, mely nem vállalatszerű szervezetként működik, ezáltal

nem felelős senkinek (kivéve a tagságnak).

5. Törvényhozáson kívüli népszerűséget jelent, amely gyakorlatilag nincs benne a döntéshozatalban; a gazdálkodási tevékenység nem annyira jellemző rá.

6. A magánélet társadalma, tehát az egyén (polgár) minden olyan megnyilvánulása, amikor a polgár nem szervezeti emberként jelenik meg.

A hazai nonprofit szektor viszonylag rövid idő alatt nagyon gyors mennyiségi fejlődésen ment keresztül.

A nonprofit szektor számbelileg növekedett, de e mögött a növekedés mögött egyelőre még nincs szó a társadalmi cselekvésben elfoglalt stabil hely kialakulásáról. A szektor megerősödése, amely következik számbeli és dinamikus növekedéséből, a szektor differenciálódását is magában rejt.

A nonprofit szervezetek lokális integrációjának alapfeltétele, hogy a helyi társadalomban valamilyen funkcionális szerepet képesek legyenek betölteni. A szolgáltató típusú szervezetek továbbélése alapvetően függ ettől.

1982	1989	1990	1993	1995	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003
6570	8796	15945	34663	42783	45316	47365	48171	47144	67147	69074	70855

(Forrás: KSH)

Gazdaságilag csak azok a szervezetek lesznek életképesek, amelyek a fogyasztói piactól várják a kereslet megjelenését – lehet ez egyéni vagy közösségi jellegű –, vagyis amelyek képesek alkalmazkodni az új társadalmi kihívásokhoz, képesek forrásokat keresni és

szerezni céljaik eléréséhez; képesek az önkormányzatok közfeladataiból átvállalni, vagy olyan innovációt megvalósítani, aminek van kereslete mind a magánszektorban, mind a közszektorban.



Kinek a társa a dúla?

Szerepek és szerepkonfliktusok

Békés Emőke – Haas György

Békés Emőke gyógypedagógus, pszichopedagógus. Diákként bölcsődében és kórházi gyermekosztályon dolgozott, és később gyógypedagógusként is a kiszolgáltatott helyzetben lévő, segítségre szoruló emberek támogatása vált a hivatásává. Három leánygyermek édesanyja. A 2001-ben megalakult Magyarországi Dúlák Egyesületének alapító tagja és elnöke.

Tél.: 70/948 5481 30/914 7346 26/372 117

E-mail: bekese@module.hu

Honlap: www.babaszovetseg.hu

Haas György dúla, pszichoterapeuta

2001-től a Napvilág Születésház munkatársa, az első Születéspénztár alapítója. 2002-től 2003-ig az Alternatal Alapítvány kuratóriumának elnöke, ezt követően az Országos Bábaszövetség szóvivője, 2004-től az Országos Bábaképző Intézet ügyvezető igazgatója. 2003-tól az általa kezdeményezett Születés Hete országos szakmai és kulturális rendezvénysorozat kurátora, 2004-ben a Születés Hete portál elindítója. Négy gyermek édesapja.

Tél.: 06 (30) 9222-008

E-mail: haas@babaszovetseg.hu

Honlap: www.szuleteshete.hu

„...A dúla egy olyan görög szó, amelynek jelentése: a nő szolgálója. Az első dúlák olyan nők voltak, akik nőtársaiknak nyújtottak segítséget azok otthonaiban a vajúdás és a szülés alatt és után. Ma a dúla egy olyan nő, akit arra képeztek ki, hogy a szülés során támogatást nyújtson a szülő nőnek, de aki klinikai feladatokat nem végez. (Nevezik őket még vajúdást segítő szakembereknek, vajúdási specialistának, szüléskísérőnek.) Nem ritkán szülődúlának hívják őket, megkülönböztetendő a gyermekágyi dúlaktól, bár a dúlák sokszor mindkettőt tudják.

Becslések szerint az észak-amerikai dúlák száma 10-12 ezer között mozog, és számuk nő. Ebből kb. 3000 végzett dúla. Bár a „szabadúszó” dúlák a legnépszerűbbek, a kórházi dúlaprogramok is egyre terjedőben vannak. Az egyik ilyen kórházi program 1996-ban indult a danbury-i kórházban, ahol a program irányítója Sandy McGuire, képzett dúla. Elmondása szerint a kórházban egy húszfős dúla-stáb dolgozik.

A dúlák nem a kórház alkalmazottai, de telefonon behívhatóak. Három dúla min-



dig ügyeletben van. A dűla a szűlő nő mellett marad végig a vajűdás és a szűlés folyamán és az azt követő néhány órában. A páciensek 100 dollárt fizetnek a kórháznak, a kórház pedig 275-öt a dűlának, függetlenül attól, hogy meddig tartott a szűlés.

A program kezdetekor a nők kb. 10%-a vette igénybe ezt a szolgáltatást, ma az évi 2500 szűlés egyharmadát kísérik dűlák. Még egy megjegyzés: az elműlt évben a dűlák által kísért szűlések mindössze 12%-a végzűdött császármetsszűléssel, míg ez az arány 22%-os a hagyományos szűlések esetében. Az a fizikai és érzelmi támogatás, amelyet a dűlák képesek nyűjtani, megteremtette helyűket a szűlések körűli kórházi stábban.

Azoknak a klinikai vizsgálatoknak az eredménye szerint, amelyek célja a dűlák szerepének vizsgálata volt, a dűlák által kísért szűlések során a vajűdás ideje átlagosan 98 perccel rövidebb. Eszerint a kutatás szerint a dűlás szűlések esetén 36%-kal csökkent az érzéstelenítést kérűk, 71%-kal az oxytocint kapűk, 57%-kal a fogűs szűlések és 51%-kal a császármetsszűlések aránya.

Jónéhány tanulmány azt is igazolta, hogy a dűlák jelenléte a szűléseknél hosszú távon is jűtékony hatással van mind az anyára, mind a csecseműre. Ezekben az esetekben nagyobb a szoptatott csecseműk aránya, és az anyák kisebb hányadánál fordul elű depresszió....”

A dűla sohasem veszi át azon családtagok vagy barátok szerepét, akiket a szűlű nő

maga mellett szeretne tudni a szűlés folyamán. Éppen ellenkezűleg, a fogadott dűláknek szokszor az a szerepe, hogy a legfontosabb támogató szeműlyt, pl. a férjet segítsék. Mivel a legtöbb dűla egyben szűlésre felkészítű szakember is, gyakran elűfordul, hogy már a szűlés elűtt is találkozik néhányszor az érintett családdal.

A vajűdű nő folyamatosan számíthat a dűlájára, az ő esetében nem jár le a műszak, így végig a szűlű nő mellett tud maradni, sűt, még a szűlést követű néhány órában is. Bár a műszak és a szoba változhat a szűlű nő körűl, a dűla ismerűs lénye, bátorítű jelenléte végig megmarad, és ez megnyugtatólag hat a leendű mamára.

Mivel a dűlának sem orvosi, sem döntéshozűi felelűssége nincs, nem kell más szűlű nőkre figyelnie, teljes egészében annak szentelheti magát, hogy egyetlen páciensének nem-orvosi szűkségleteit kielégítse. Ugyanakkor megvan a saját „szakterűlete”.

Nem orvosi eszközűkkel dolgozik, pl. vajűdűlabdát használ, hogy a vajűdás során fellépű hátfájást enyhítse, lassű táncot, masszázst alkalmaz, vagy az ún. „lunge” pozitűrát (hirtelen nyomás), hogy elűsegítse a farfekvűses babák megfordítását. Ugyanakkor olyan enyhítű technikákkal is él, mint pl. a masszázsolajok, virágok és a zene.

Mivel a dűla hosszú idűt tűlt a vajűdű nő mellett, végigkíséri a vajűdást, hasznos



információkkal szolgálhat a nővéreknek és az orvosoknak arról, hogy hogyan zajlik a folyamat, hogyan viseli a szülő nő a vajúadás megpróbáltatásait, vagy hogy milyenek a méhösszehúzóadások. Segít a szülő nőnek abban, hogy fenntartsa a méhösszehúzóadások ritmusát testhelyzet-változtatás vagy mozgás közben, pl. ha ülő helyzetből fekvőbe tér át.

Ha operációra kerül sor, akkor a dúla a nő mellett maradhat, feltéve, ha ezt az adott kórház protokollja lehetővé teszi. A baba megszületése után a dúla mellre helyezheti a kicsit, illetve ha a picit azonnal a csecsemőosztályra kell vinni, akkor az anya mellett maradhat, amíg a papa elkíséri az újszülöttet. Ezalatt enyhítheti a mama idegességét azzal, hogy folyamatosan tájékoztatja őt a pici állapotáról.

A dúla a helyes mellrehelyezésben is segíthet, különösen az elsőszülő nők esetében. Sokan közülük később is meglátogatják a mamákat otthonaikban, segítve őket a szoptatásban, a kisebb házimunkák elvégzésében és lelki-érzelmi támogatást nyújtanak nekik.

Ha a szülést rossz élmények kísérték, akkor segíti a szülőket a rossz emlékek feldolgozásában is.”

„Szilárdan hiszek abban, hogy az orvos és a szülésznő mellett segítségére lehetek azoknak,

akik maguk mellé hívnak életük e fontos pillanataiban. Dúlának lenni számomra megtisztelő élmény és állandó tanulás nőktől-nőkről.” – B.E.

A cikk szerzője Patricia Newton szakképzett szülési és szoptatási tanácsadó, a New Jersey állambeli Greenwichben működő Proud Pregnancy nevű szülési tanácsadói- és dúlaszolgálat vezetője.

Közreadta: Békés Emőke. A cikk teljes terében megtekinthető: www.szuleteshete.hu

„Segítő asszonytárs” – hangzik a szülés, születés körüli laikus segítőket jelölő szó legrövidebb meghatározása. Ennek alapján nyilvánvalónak tűnik, hogy a dúla a szülő nő társa, segítője. De valóban így van-e minden helyzetben? Hogyan épül fel az a szociálpszichológiai erőter, amelyben a szülés zajlik? Kik a szereplői a szülésnek, és mi a viszony az egyes szereplők között általában? Mi történik, ha a megszokott kapcsolati hálóba új szereplő kerül? Ki kivel van? Ki kit figyel? Ki kinek segít? Ki kinek drukkol? Hogyan viszonyulnak egymáshoz a felszín látható, hallható megnyilvánulásai és a metaverbális szint történései? Mit jelenthet mindez a szülés várható kimenetelére nézve? – Ezekre a kérdésekre keresik a választ ennek a műhelynek a tagjai, köztük a két facilitátor, akik nem ígérenek előregyártott megfejtéseket, hanem a többiekkel együtt, lépésről lépésre jutnak el a közös megoldásig.



Az egészséges generációért

A Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus tapasztalatai

Németh Tünde – Doffek János

Dr. Németh Tünde gyermekgyógyász, pszichoterapeuta, OGYEI osztályvezető. Dolgozott iskolaorvosként, majd 15 évig kórházi osztályon. A SE Magatartástudományi Intézetben egészségpszichológiát oktat. Munkatársaival 1993-ban indította útjára a Családbarát Programot. Szoptatási, veszteségfeldolgozási és pszichoszomatikus szakrendelést tart a MÁV Kórház Rendelőintézetében és Dabason a Dr. Halász Géza Szakorvosi Rendelőintézetben. A frankfurti Goethe Egyetem együttműködésével a csecsemőszülőterápia magyarországi praxisba való bevezetésén dolgozik.

Télfon: 06 –(20) 9-609-114

E-mail: nemethu@ogyei.hu

Honlap: www.ogyei.hu

Dr. Doffek János szülész-nőgyógyász főorvos, egészségügyi menedzser és egészségügyi menedzser szakértő 1973 óta dolgozik a Szent Rókus Kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán. A Családbarát Program kialakításában és fejlesztésében a kezdetektől részt vesz. A Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus nőgyógyásza.

Tél.: 06 (1) 266-8000, 06 (30) 9216231

E-mail: janos@dooffek.hu

TÖRTÉNETI ELEMÉK

A családbarát program indulásánál kerestük azt a célcsoportot, amelynél az egészségmegőrző és megelőzési programok a leghatékonyabban megvalósulhatnak.

Gyermekorvosi tapasztalatok azt mutatták, hogy a várandós párok, családok számára szervezett programunk lehetővé teszi a két generációt érintő megelőzést, hisz egyszerre érzjük el a szülőkön keresztül a gyerekeket is. A várandós családok azok, akik az egészségügyben mint egészséges emberek jelennek meg, megjelenésük indoka a szülés, egy természetes folyamat.

Nőgyógyászként naponta tapasztalom, hogy a korábbi többgenerációs formációk helyébe a többközpontú vagy multilocularis családmodell lép, amely a családtól elvárható biztonságot egyáltalán nem, vagy csak bizonyos részletekben képes felkínálni a gyermekeknek. Egészségnevelő, kötődéstámogató ill. kommunikációfejlesztő hatása messze elmarad a kívánatostól, a társadalomban párhuzamosan fellelhető különféle értékrendek közötti eligazodást nem segíti a kívánt mértékben. Az otthoni bizonytalan értékrendhez csatlakozik az óvodai ill. iskolai nevelés, mely képtelen a családi nevelés hiányosságainak pótlására, ellensúlyozására.



A szülő egyrészt a szakszerű és korszerű egészségügyi ismeretek hiányával, másrészt a válogatás nélküli profitorientált információáradattal találja magát szemben. Személyiségfejlődése, önismerete, kommunikációs képessége nem támogatott, és intézményesítetten nehezített.

A „problémás várandósság” alapos párkapcsolati terhet jelent. Ezeket a terheket vagy tanulás útján, vagy mintakövetés útján szerzett ismeretek alapján lehet emberséges módon feldolgozni, ill. kezelni. A kedvező eredményt jelentő harmonikus megoldás tehát csak estelegesen fordul elő.

Az orvospérezésben legalább annyira hiányoznak a kliens és gyógyítója közötti korszerű kommunikáció elsajátításának lehetőségei, mint a pedagógusképzésben a nem számonkérő pedagógia oktatása.*

Mi a megoldás?

Számunkra a továbblépést az ekkor megismert Kelen Ilona professzor asszony által Franciaországban kidolgozott Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus adta, melyet korábban a Kossuth Klubban, majd a Hannusz Klára által Piliscsabán létrehozott Gyerekházban vezettek be. Gondos Anna pszichológus a módszer kórházi adaptálásában dolgozott külsőként a Családbarát teammel.

ELMÉLETI HÁTTER

Kelen Ilona professzor asszony a Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus elméleti alapjának a Hermann Imre által leírt megkapaszkodási ösztönt jelölte meg.

Akkor dolgozta ki ezt a módszerét várandósok számára, amikor még a magzati kommunikáció, csecsemő kutatás, a kötődés vizsgálatok – amelyek igazolják módszerét – még nem álltak rendelkezésre.

A SZÜLŐI HIVATÁSRA FELKÉSZÍTŐ KURZUS

A Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzus jelentősége, hogy nem csak a szülésre, hanem az ezt követő időre, a szülői szerepre is felkészít – lehetőséget adva a saját problémák feldolgozására, személyiségfejlesztésre, a közös élmények által a párkapcsolat új dimenzióinak megnyitására. A család születésekor és azt követően is a család biztonságának alapját a párkapcsolat biztosítja. Régi tapasztalatok azt mutatják, hogy a kismamák szívesen fordultak édesanyjukhoz, barátnőjükhöz a „babás” dolgok megbeszélésében, s így a papák egyre távolabb kerültek párjuktól és gyerekeiktől. Fontos, hogy lehetőséget biztosítsunk a „kispapáknak”, hogy ők is részesei lehessenek ennek a folyamatnak. Hisz nekik nehezebb a helyzetük – a testük láthatóan nem változik, de amennyiben a „po-

*1987-ben Pest megyében Kricsfalvi Péter megbízásából a Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Intézetének Életmód Kutató Csoportja által végzett vizsgálat tanulmányában kiemelték, hogy az agglomeráció népességénél a gyermekvárás idején gyakori a leendő szülők személyiségfejlődési zavara, a szülői kompetencia későbbi kialakulás vagy elmaradása.



caklakóval” és a mamával lehetőségük van követni az eseményeket, ez egyre közelebb hozza a párt egymáshoz, és biztosítja, hogy a papa is részese legyen a mindennapok csodáinak és nehézségeinek.

Programunkba nem csak a kismamákat, hanem a párjukat, és ha vannak, a „pocaklakó” testvéreit is várjuk. 12+1 alkalommal találkozunk – a plusz egy találkozóra a gyerekek megszületése után kerül sor. A programot 4-5 állandó szakember – szülész, gyermekorvos, védőnő/pszichopedagógus, pszichológus, gyógytornász – nondirektív csoportvezetéssel, laterális megszólalásokkal, megengedő szülői attitűdöt képviselve vezeti. A találkozások kismamatornával indulnak. A kurzus történéseinek bázisát a csoportba érkező párok igényeit is figyelembe vevő, úgynevezett „rejtett” tematika alapján kiválasztott filmek által kiváltott érzések, gondolatok, asszociációk megbeszélése, valamint a kommunikációs gyakorlatok adják. A gyakorlati ismereteket képviseli a szülőszoba látogatás tapasztalatainak megbeszélése, és a babiás(csecsemőgondozás, ringató és bölcsődalok tanulása, napirend kialakítása). Az előző tanfolyamon résztvevő párok gyermekükkel együtt élménybeszámolót tartanak a szülésről, szoptatásról és az életük otthoni alakulásáról. A párok együtt gyakorolják (gyógytornász vezetésével) a légzési gyakorlatokat. Az egyedül érkező kismamáknak a team tagjai segítenek. Az egyes foglalkozások érintéses relaxációval és ennek megbeszélésével zárulnak. Az érintéses relaxáció olyan lazító gyakorlatsor, amelyben a kismama megtanulja a saját testének jelzéseit felismerni, érzékelni, lehetőséget biztosít a

magzattal való kommunikációra. Ebben a lelassult helyzetben a magzat jelzései, jelenléte és az erre adott válasz különbözősége lehetővé teszi az édesanya számára, hogy mindazokat, amiket a mindennapi rohanás miatt háttérinformációként nem tudatosít, most átélje. Ez az élmény azt segíti elő, hogy a mama a várandósság alatt később is keresse ezt az élményt.

A program után a családoknak lehetőségük van kéthetente a Kisgyerekes Klubban szakemberekkel és más családokkal találkozni.

Tapasztalataink azt mutatják, hogy módszerünket mind a kórházi, mind pedig a kórháztól független intézményben szívesen veszik igénybe a családok. Így ez lehetőséget biztosít a szülők támogatására és arra, hogy gyermekük egészségesen fejlődjön testileg-lelkileg – megvalósítva a valódi primer prevenciót.

A workshop során lehetőség lesz a Családbarát team szakembereivel s néhány, a programunkban résztvevő családdal beszélgetni, tapasztalatokat cserélni.

A Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzusról megjelent összefoglalók:

A megtermékenyítéstől a társadalomig (Dinasztia Kiadó, 1997)

Magyar Pre és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság: Várandósság, születés és gyermeknevelés a Magyarországi kultúrákban (Kongresszusi Tanulmánykötet, 1999).

A szülői hivatásra felkészítés tapasztalatai VIII. Családbarát Konferencia füzet (2002).



Átélt élményeink

Részletek egy a Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzuson részt vett szülő leveleiből

Farkas Mónika

Farkas Mónika banki tanácsadó, mindkét gyermekével részt vett a Szülői Hivatásra Felkészítő Kurzuson.

Tél: 06-(30)417-8084

Megjegyzés: a csoportban és természetesen a későbbiekben is keresztnéven szólítjuk egymást, és tegeződő formát használ a szakember és a kliens.

Csoportvezetők: *Boros Mónika, Dr. Doffek János, Dr. Németh Tünde, Tárnoki Erzsébet*

2002. NOVEMBER 29. KAPCSOLAT

A pocakomban lakó csöppséget férjemmel régóta terveztük, tudatosan készülünk fogadására. Korábban részt vettünk a Prevenációs Főosztály családtervezési programján, mert nagyszerű lehetőségnek találtuk, hogy mindent megtehessünk azért, hogy egészséges gyermekünk szülessen. Mivel ez a program a baba fogamzásával véget ér, sok olyan kérdés maradt bennem, melyre válaszokat a Ti általatok szervezett csoportos találkozások keretében kaptam meg.

Az első értesítő kézhezvételét követően kérdések és kétségek fogalmazódtak meg bennem. Már az első találkozó hangulata meggyőzőtt, ezért továbbra is el szeretnék jönni a beszélgetésekre. A Móni által tartott

torna is nagyon jólesett, olyan gyakorlatokat mutatott meg (gátizomtorna), mely régóta foglalkoztatott. Ha a magzattal történő kapcsolattartás lehetőségét csak hallom, de nem tudom kipróbálni, nem hittem volna el. Miért jönne Ő oda a kezemhez, ha ráteszem a kezem a pocakomra? Hogyan tudnék elmagyarázni Neki dolgokat? Egyáltalán már kialakult személyiség, akivel társalogni is lehet?

A folyamatos pánthekek és az azt követő időszakok alkalmával úgy érzem, kapcsolatunk nagyon elmélyült Gyermekekünkkel, remekül kommunikálunk és játszunk. Férjem is nagy szeretettel és odafigyeléssel fordul a kis Pocaklakóhoz, teljesen természetesnek találja, hogy születésének pillanatában jelen lesz. Rengeteg hasznos ismeretet kaptam a foglalkozásokon, hiszen sokszor azt sem tudja az ember, mire figyeljen, mit kérdezzen.

Félelmeim nincsenek a szüléssel kapcsolatban, a videofilmek, beszélgetések és a gyakorlatok eloszlattak bennem minden kétséget, és remélem, jól tudom majd alkalmazni a tanultakat, hogy minél jobban együtt tudjak működni Gyermekekemmel, megértsem jelzéseit.



2004. MÁRCIUS 28. ELVÁLASZTÁS

Hónapokkal ezelőtt kezdett a lelkemben vihar dúlni, mikor és hogyan válasszam el Nórit? Születésétől fogva problémamentesen sikerült szoptatnom, szerettem volna, ha 12 hónapos koráig szophat. Már elmúlt 12 hónapos és Nóri nagy lelkesedéssel szopott, az sem zavarta, hogy a Kistesótól gömbölyödő pocakomtól csak kifli alakban fér el az ölemben. Csodálatos érzés volt, hogy a 14 hetes érezhetően mocorgó Kistesó minden szoptatásnál lelkes ugrándozásba kezd, a 22. héttől szokásán változtatva Nóri mellkasához simul, pocakomnak elég furcsa alakzatot adva ezzel. Éreztem, ahogy a két pici kommunikál egymással. Az elválasztást a napközbeni 2 szoptatás elhagyásával kezdtük, mert úgy tapasztaltam, rögzült benne, hogy csak így lehet elaludni. Eleinte nagy sírással tudatta nemtetszését, de 1 hét alatt elfogadta. Az éjszakát csak 11 hónapos korától kezdte 1 ébre-

déssel átaludni, ragaszkodott ahhoz, hogy anyatejet kapjon, emiatt nagyon féltem, hogy fog elmaradni az éjszakai, hajnali, esti etetés. Folytatva a fokozatosságot, elmaradt a reggeli ébredés utáni szoptatás, de a „neheze” még hátra volt. Annyira lelkesen és előszeretettel bújt hozzám, gombolta ki a hálóingemet, hogy alig tudtam rászánni magam, véglegesen válasszam el. Mivel szülésem a visszereim miatt a kórházi bennfekvést is kilátásba helyezte, az elhatározott napon délután leültem vele szemben a földre és elkezdtem beszélgetni a 13 és fél hónapos lánykámmal. „Figyelj Nóri, este miután megfürdesz és felöltözöl, már nem lesz anyatej, mert a Mamának elég volt. Nem azért nem kapsz, mert nem szeretlek, de már sokáig szoptál és máától már nem lesz.” Eljött az este, természetesen várta a jól megérdemelt szoptatást, elvégre minden napunkat eddig ez zárta le, és így szenderült álomba is. Aznap hangos sírással tudatta, nem tetszik az ötletem. Puszilgattam,



végül a kezeimben hüppögve elaludt. Hajnali ötkor ismét csalódott, hogy nincs szopizás, így korán keltünk a sírásra. A sírásra édesapja is felébredt, és bejött hozzánk Nóri szobájába. Leültünk a földre és játszani kezdtünk Nórival. Ő nem nagyon törődve a játékokkal, bújt és simult hozzám, mintha gesztusaival ezt mondaná: „Szeress engem, nem csináltam semmi rosszat, akkor miért nem bújhatok már az öledbe?” Természetesen simogattam és elmondtam Neki, mennyire szeretem, nem azért nincs cici, mert nem szeretem. 10 perc alatt láthatóan megértette, amit mondok, és kedélyesen foglalatzkodni kezdett építőköccáival. Tartottam az estétől, hogy megint sírni fog (és persze nekem ettől összeszorul a szívem). Vacsora, fürdés, öltözés után a sötét szobában, ahogy minden este szoktuk, elvittem az ágyához, megpuszilgattam, a fülébe suttoztam: Jó éjszakát!, és hogy nagyon szeretem, Ahelyett, hogy sírni kezdett volna, elkezdett ficáncolni, jelezte, tegyem az ágyába. Betettem, megsimogattam, 2 perc múlva aludt. Reggelig, anélkül, hogy felkelt volna! Azóta minden alvásnál a kiságyában szépen elaltatja magát, és sosem sír a lefekvésnél vagy alvásidőben, mikor régebben szopott. Teljességgel alábecsültem lányomat. Ismét bebizonyosodott, ami már annyiszor: a gyerek mindent megért. Születése pillanatától mindent megbeszélünk. Érzem azt a nagyon magas fokú bizalmat és szeretetet, amit irányunkba táplál, és a kölcsönös tiszteletet egymás iránt...

Mióta megszületett, minden nap csodaként múlik el, annyi boldogságot szerez nekünk. Hihetetlen, mennyi mindent megért, és hogy mennyi mindenre tanít meg bennünket.

2004. JÚNIUS SZÜLÉS ÉS KISTESÓ ÉRKEZÉSE

Habár Nórit a lehetőségekhez képest minél jobban és körültekintőbben igyekeztünk tájékoztatni: jön majd egy kicsi babatesó a mama pocakjából, a megváltozott élet igen csak furcsa volt Neki.

Zita május 22-én hajnalban született. Nórit én fektettem le este aludni, minden a megszokott rituálé szerint zajlott. Nem volt lehetőségem és időm elmondani Neki, hogy reggel már nem leszek itt és néhány napig kórházban leszek, mert a fájások csak később kezdődtek el.

Bár már másodszor szültem, mégis bizonytalan voltam, mikor kell indulni. Orvosom figyelmeztetett, ne habozzunk sokat, mert már ezen a héten jelentősen nyitva volt a méhszájam, és Nóri „villámszületése” után, jó lenne, ha ezt a babát is elkapná valaki a túloldalon.

A szülésznő kérésemre az előzetes megbeszélés szerint be is jött, bár nem voltam különösebben ideges, jelenléte jól esett. Zita az 5 perces fájásoknál békésen szunyókált, gondolta, pihen egyet a hosszú út előtt. Nagyon gyorsan és könnyen, minden további beavatkozás nélkül, gátvédelemmel született. Igazán szerencsés vagyok, hogy mindkét gyermekem születése természetes úton történhetett, életem csodálatos eseménye volt.

Édesapjuk is végig velünk lehetett, mindkettőt könnyek közt fogadta. Zita 3330 gramm súllyal, 52 cm hosszúsággal, 32 cm fejkörfogattal, 9/10-es Apgarral érkezett a világra.

A kórházban férjem még szombat reggel behozta Nórit, megnézhesse hűgát és



engem is. Amikor Nóri meglátott engem a kórházban egy idegen babával, teljes zavart láttam a tekintetében. Elkezdett sírni és édesapjához bújt. Bár simogattam és puszilgattam, nem akartam ezt erőltetni, mert Ő eléggé elhárított kezdetben. Annak azért örültem, hogy Nóri lelki támaszt talál édesapjában, nem marad „egyedül”. Délután már érdeklődőbb volt. Zitát is megnézte, hozzám is rövid időre hajlandó volt jönni. Férjem szerint otthon jól érezte magát, a nagyszülőknél is felhőtlenül játszott, evett, aludt, ennek ellenére én nagyon aggódtam érte. Másnap is két alkalommal bejöttek, ekkor Zita határozottan felkeltette érdeklődését. A szülés után 48 órával pedig már négyesben hagytuk el a kórházat. Úgy láttam Nóri jókedvű, örül, hogy megyünk mi is. Hazaérve betettem Zitát egy mózeskosárba és engedtem Nórit, hogy tanulmányozhassa. Természetesen nem engedtem, hogy bántsa, ezért elkezdtük magyarázni, hogy óvatosan simogassa.

Az első szoptatástól borult csak ki igazán, üvöltve rohant hozzám és próbálta letépni ölemből Zitát. Azóta sokkal jobban viseli úgy, hogy a térdem közé áll és fél kézzel simogatom, ha akarja, könyvet nézegetünk, illetve néha a másik mellelhez fúrja a fejét. Nóri nem akar tejet kóstolni és szopni, egyszerűen ugyanannyi (néha több) szeretetet és odafigyelést vár, mint húga.

Szerencsére Édesanyám minden nap délután jön segíteni, elviszi Nórit sétálni. Ez idő alatt csak Zitával foglalkozom, mikor

Nóri itthon van, igyekszem Nórival. Zita igazi angyalka, hangját alig hallani. Türelmes, nyugodt és kedves. Érdekes, mennyire más, mint Nóri volt. Nóri pár nap után elfogadta a babát. Naponta többször megnézi, ha kérdezzük, hol van Zita, rohan, megmutatja. Vitt már neki kenyeret. Zita játékait megnézi ugyan, de magától vissza is teszi, tudja, az a testvéréé. Sokszor simogatja a kezét és a lábát. Reggelente felajánlom Nórinak, segítsen ruhát választani Zitának, tisztába tevéskor kérem, adjon törlőkendőt. Ha van kedve, odahozza. Mivel egy szobában van az ágyuk, úgy állítottuk be, hogy lássák egymást. Volt, hogy Nóri délután felébredt, de látta, hogy Zita alszik, így ő is visszaaludt.

Férjem is rohan haza esténként, együtt végezzük a vacsora-fürdetés-lefekvés mozzanatait. Bár Nórinak az MMR oltás mellékhatásai is most jöttek ki, illetve koránál fogva akaratos, mégis úgy gondolom, nagyon jól fogadta ezt a hatalmas változást életében. Rengeteget szeretgetjük, simogatjuk, ezt igényli is. Játszunk közösen és játszik egyedül is.

Nagyon értelmes, mindent megért, bár mostanában kedvenc szavajárása a NEM. Ehhez nagy komolyan a fejét is rázza. Ésszerű korlátokon belül maradva elfogadjuk véleményét, látszik, ez jól esik neki. Sokszor még babás, de egyre inkább kisgyerekként viselkedik, törekszik az önállóságra, melyben támogatjuk.

A gyerekektől mindig kapunk visszajelzéseket és bár aggodalmaskodom, jól csináljuk-e, úgy tűnik minden rendben, mind a négyen boldogok vagyunk.



Az alapellátásban dolgozók egészsége

Dr. Becka Éva

Dr. Becka Éva szakmai igazgató, házi orvos az Országos Alapellátási Intézetnél.

Tel.: 06 (1) 239-0474

E-mail: becka@oali.hu

Szakmai tapasztalataimat szakrendelőben, orr-fül-gége szakorvosként szereztem, több évet töltöttem külföldön – Brüsszelben és Strasbourgban klinikai látogató orvosként tevékenykedtem. Házi orvosként közelről élem meg az alapellátás helyzetét, problémáit, az Intézet szakmai igazgatójaként pedig az ellátás színvonalának javításáért harcolok.

Intézetünk célja a dolgozók mindennapi munkájához szükséges szakmai tudás, információ biztosítása, és naprakész indikátorok alapján a fejlesztési lehetőségek és igények feltárása, valamint a szükséges döntések előkészítő munkájának elvégzése.

A Johan Béla Népegészségügyi Program célkitűzései között az ellátó rendszer fejlesztése fejezetében szerepel a személyi feltételek fejlesztése is, mint a program egyik fontos része.

Komplex egészségügyi és szociológiai vizsgálat szükséges az egészségügyben a különböző ellátási szinteken dolgozók helyzetének, szemléletének, magatartásának feltárására abból a szempontból, hogy mely pontokon kell beavatkozni az ellátás minőségének javítása érdekében. Ahhoz, hogy a

személyi feltételek fejlesztését tervezni tudjuk, információkra van szükségünk.

A 6804 házi orvosi állásból 2001-ben 6733 volt betöltött, ennek alapján mintegy 70 falu ellátás nélkül maradt.

141 házi orvos 70 év feletti, és további 654 van 55 és 70 év között. Ezzel szemben 2001 évben összesen 297 házi orvos volt 40 évesnél fiatalabb.

450 szakápoló, 907 általános ápoló és asszisztens, 290 csecsemőápoló hiányzott a kiegyensúlyozott működéshez, és több mint 400 védőnő is szükséges lett volna még a szakszerű megelőző munkához.

A népegészségügyi program az alapellátás résztvevőire, a családorvosokra és a szakdolgozókra alapoz. Meg lehet-e valósítani egy ilyen prevenciós programot anélkül, hogy a végrehajtók egészségi állapotát ne monitoroznánk, ne hívnánk fel a figyelmet a példamutatás szükségességére? Hiteles-e egy túlsúlyos, dohányzó orvos vagy szakdolgozó?

Ezekre és hasonló kérdésekre kereste a választ Intézetünk a házi orvosok egészségi állapotának, a védőnők élet- és munkakörülményeinek vizsgálatával.



Célkitűzésünk volt, hogy:

- ❖ Ráirányítsuk a családorvosok és a védőnők figyelmét saját egészségük megóvásának fontosságára,
- ❖ Ismerjék meg rizikó állapotukat, krónikus betegségeiket,
- ❖ Saját, egészségi- és rizikó állapotuk megismerésével motiváltak legyenek, hogy az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program célkitűzéseit továbbbítsák a praxis felé, és aktívan részt vegyenek a program megvalósításában.

A HÁZIORVOSOK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Az Országos Alapellátási Intézet a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvosi Tanszékével együttműködve 3400 háziorvosi praxisba küldött ki egy 34 kérdésből álló kérdőívet. A kérdőív választ várt az utolsó laborvizsgálatra, kórházi ellátásra, gyógyszereszedésre, dohányzásra, étkezési szokásokra, testmozgásra, az éjszakai alvásra, lehangoltságra, a sikerességre, és különböző eredetű fájdalokra.

540 kérdőív érkezett vissza kitöltve és került anonim módon számítógépes kiértékelésre. A kérdőíveket azonos arányban küldték nagyvárosban, kisvárosban illetve faluban dolgozó háziorvosokhoz. Az eredmény meglepő. A válaszadók 53%-ának van valamilyen krónikus betegsége, a férfiaknál valamivel nagyobb arányban (56%), mint a nőknél (50%). Az átlagéletkor 51 év, s részben ennek köszönhető, hogy leggyakrabban

ACICLOVIR
Telviran

herpes simplex
herpes zoster
herpes genitalis

800 mg
400 mg
200 mg
5% krém
3% szemkenőcs

**AZ ELSŐ VÁLASZTÁS
A SZISZTÉMÁS
ANTIVIRÁLIS KEZELÉSBEN**

Gyermekgyógyászati alkalmazását megkönnyíti, hogy a tableta folyadékban izmentes szuszpenziót képez.

További információ:
Egis Gyógyszergyár Rt., Termékosztály
1146 Budapest, Hungária krt. 179-187.
Tel.: 469-2222 - Fax: 383-9259
E-mail: marketing.opr@egis.hu



a **fáradtságot** (35%) jelölték meg. Ez a panasz leginkább a 40-49 közötti korcsoportra jellemző. Ezt követi a **szív eredetű** (31%), **degeneratív** (29%), majd a **daganatos** (4%) betegség.

A családorvosok túlnyomó többsége jónak ítéli meg egészségi állapotát, rendszeresen méri vérnyomását, évente jár laborvizsgálatra. A résztvevők közel felének van legalább egy krónikus betegsége

A vizsgáltak közel 90%-a odafigyel a helyes táplálkozásra, ami a személyes példamutatás szempontjából figyelemreméltó eredmény.

A vizsgáltak közel tizennégy százaléka dohányzik, a dohányosok 56%-a férfi. A dohányosok aránya jóval alacsonyabb, mint azt a társadalom egészét vizsgálva tapasztaljuk, ez az eredmény mindenképpen biztató mind az egyéni rizikó, mind a példamutatás szempontjából. Sajnálatos, hogy olyanok is dohányoznak, akik olyan betegségben szenvednek, amelyek kimenetelét a dohányzás bizonyítottan rontja.

A különböző statisztikai adatok alapján köztudott, hogy a magyar lakosság általános egészségügyi állapota meglehetősen negatív képet mutat, akár a szív-érrendszeri, akár a daganatos betegségekről, akár a depresszióról beszélünk. Mivel a háziorvoshoz fordul első körben minden beteg, sok esetben 30-40 ember is megfordul a rendelési idő alatt egy orvosnál, a nagy betegszám intenzív megterhelést jelent. A háziorvosok állandó készenléti állapotban állnak, ami fokozott stresszel, felelősség-

érzettel jár. A háziorvostól elvárja a társadalom, hogy a gyógyításon túl az egészségneveléssel, felvilágosítással járó feladatokkal is foglalkozzék. A betegek véleménye alapján a jó háziorvos: nagyszerűen képzett szakember, amellet kiváló pszichoterapeuta, egészséges, fitt, határozott, gyors, mégis mindenre jut ideje, karizmatikus személyiség, aki éjjel-nappal rendelkezésre áll a betegek számára. És ez az elvárás csak a munkájából fakad!

A VÉDŐNŐK ÉLET- ÉS MUNKAKÖRÜLMÉNYEI

Az Országos Alapellátási Intézet támogatásával és az ÁNTSZ vezető védőnők közreműködésével 2002. évben, országos szintű kérdőíves felmérés készült

„A védőnők élet és munkakörülményei” címmel. A teljes körben végzett kérdőíves felmérés elsősorban az élet- és munkakörülményekre vonatkozó adatokat rögzíti, csak érintőlegesen foglalkozik a védőnők egészségi állapotával.

További kérdéskörök a képzettségre, erkölcsi megítélésre, elismertségre, szociális juttatásokra, kulturális igényekre, és két kérdés az egészségre vonatkozóan tett felkérdéseket.

A felmérés során a válaszadók átlagéletkora 40,1 év volt.

A saját egészségi állapotának megítélésében 73% minősíti egészségi állapotát elég jónak, és 13,2 % nem érzi megfelelőnek.



A védőnők 6%-a tartozik a 22-24 éves korosztályba, és mintegy 30% az 50 év feletti, ami a szakma elöregedését jelenti.

Munkájuk során a legnehezebbnek a lelki terhelést és az adminisztratív munkát jelölték meg.

Megelőző tevékenységét csak 1,6% érezte elégtelennek, egészségügyi felvilágosító munkáját 2,6% ítélte rossznak.

Eredményességük jelentősen függ az orvossal való kapcsolattól, a lakosság fogadókészségétől, de az anyagi, helyi erőforrás is befolyásolja.

A családok szinte mindegyike kér tanácsot a védőnőtől, ami elismerésük jele.

Az OALI – felismerve az alapellátásban dolgozók egészségi állapotának jelentőségét – 2002 évben különböző akciókat szervezett; két alkalommal Életmód tábort háziorvosok és alapellátási szakdolgozók részére, amely során a résztvevők ízelítőt

kaphattak az egészséges táplálkozásból, testmozgásból, a stressztűrés fokozásának technikáiból. Az Életmód táborok szervezése folyamatosan történik. Minden praxisba eljuttatott az OALI egy kiadványt a dohányzásról való leszoktatásról, az egészséges táplálkozásról és testedzésről.

A fent említett kérdőív összegzése szerint a beküldők 25%-a nem választott háziorvost. A miertre nyilván több válasz is lehetséges. Sokszor tehát a háziorvosoknak nincs háziorvosuk, az ápoló a saját körzetben kezelt, ami nem növeli a motivációt a vizsgálatokon való részvételre. A megkérdezettek döntő többsége részt venne személyre szabott szűrővizsgálaton és életmód programon, ha erre lehetősége adódna. Az OALI, szervezetén belül, országosan lehetőséget biztosít az alapellátás dolgozóinak a saját szűrések elvégzésére és gondozásba vételre.

Ezekről az eredményekről beszélgetünk a workshopon, és ezzel kapcsolatban várom a résztvevők véleményét, tapasztalatait.

Betadine®
A teljeskörű fertőtlenítő család

**gombák,
vírusok,
baktériumok
ellen**

Ha fertőzés, akkor ...

folyékony szappan 120 ml és 1000 ml
oldat 30 ml, 120 ml és 1000 ml
torokfertőtlenítő oldat 120 ml
gyógyszampon 120 ml
kenőcs 20 g **hüvelykúp** 14×300 mg

További információ:
EGIS Gyógyszergyár Rt. Termékosztály
1146 Budapest, Hungária krt. 179-187 Telefon: 469-2222/2393 Fax: 383-9259 E-mail: marketing2.opr@egis.hu

Felélő kiadó: Varga E. Licenccadó: Mundipharma



Családi krízisek és gyermekelhelyezési perek

Dr. Hajnal Ágnes

Dr. Hajnal Ágnes klinikai szakpszichológus, igazságügyi klinikai pszichológus, pszichoterapeuta.

Munkahely: Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

Cím: Bp. 1089, Nagyváradi tér 4.

Tel.: 06 (1)210-2930/6134

E-mail: hajagn@net.sote.hu

BEVEZETÉS

Válási és gyermekelhelyezési perben álló családokat szeretnék bemutatni, rámutatva arra, hogy a nagy indulatokkal és megkeseredéssel folyó perek miként vezetnek a különféle pszichés dekompenzációk halmozódásához.

Évente 23-24 000 válás történik, és 1.000 fennálló házasságra 9,5-9,8 válás jut. A a bíróságilag felbontott házasságok 74%-ában van közös gyermek, és a szülők válása évente kb. 23 000 gyermeket érint. A gyermekek elhelyezéséről válás esetében – a szülők megegyezésének hiányában – a bíróság dönt. A bíróság a gyermeket annál a szülőnél helyezi el, akinél kedvezőbb testi, érzelmi és erkölcsi fejlődést lát biztosítva. A kapcsolattartást is szabályozza a jog a szülők megegyezési képtelensége esetében, ami igen hátrányosan sújtja a gyermektől külön élő szülőt. A gyermekért folytatott harc sokszor összefonódik a lakásért folyó küzdelemmel is. A perek során véletlenszerűen kiválasztott 100 családnál (200 felnőtt, 158 vizsgált gyermek)

tapasztalható legfeltűnőbb jelenségekről szeretnék beszámolni.

A CSALÁDOK ÉLETHELYZETE A SZAKÉRTŐI VIZSGÁLAT IDEJÉN

Együtt él: 43 házaspár. Külön él: 57 házaspár. Ebből újabb élettársi kapcsolatban él: 28 nő és 25 férfi. A vizsgálat idején 1 szülővel él a vizsgált gyermekek közül: 95 gyermek. Valamelyik szülő (gyermekkel élő vagy a gyermektől külön élő szülő) új élettársi kapcsolata által érintett gyermekek száma: 89. Édestestvérétől elszakadt (legalábbis átmenetileg): 16 gyermek

TAPASZTALATOK

A szituáció, amelyben az igazságügyi szakértői vizsgálat történik, végletesen kiélezett. A kiélezettséget egyrészt az elhúzódozó házassági krízis jelenti, másrészt a per maga. Ennek kimenetele a személyek számára sorsdöntő következményekkel jár az élet szinte minden területét illetően, ezért a per pozitív kimeneteléhez vala-



mennyi személynek meghatározó érdeke fűződik. A gyermekek elhelyezésében megegyezni nem tudó szülők között a gyermekek érzelmi megnyeréséért rivalizáció kezdődik, és ez a nevelési ellentétek kiéleződésében csúcsosodik ki.

A válás maga, valamint az ehhez csatlakozó harc a gyerekekért és/vagy a gyerekek ürügyén a család egészének és egyes tagjainak is olyan krízisét jelenti, amely a családot valamennyi funkciójában érinti (nevelés, érzelmi- és szexuális szféra, egzisztenciális viszonyok, baráti és rokoni kapcsolatok, motivációk, értékek).

SZÜLŐI MAGATARTÁSFORMÁK A GYERMEKELHELYEZÉSI PEREK FOLYAMATÁBAN, ÉS EZEK ÖSSZE- FÜGGÉSE A GYERMEKEK PSZIC- HÉS DEKOMPENZÁCIÓJÁVAL

1. Fontos érzelmi kapcsolatok elvesztése, ill. a szülők élettársi kapcsolatai

2. Verekedések, veszekedések a házastársak között

A házastársak a partneri viszony megromlásában saját szerepüket alig elemzik, annak minden okát a másik félre hárítják, az együttélés harmonikus időszakát is átértékelik utólagosan, és a kapcsolat gyűlölködéssé fajul.

3. A gyerekekért folyó rivalizáció

A per során a gyerekekért folyó küzdelem, rivalizáció az érzelmi megterhelések

sorát a végletekig fokozzák. Elmondható, hogy a szülők óriási többségét a gyermekhez tényleges érzelmek fűzik, ami nem összeférhetetlen azzal a tapasztalattal, hogy a megegyezés hiányát nem ritkán az a hátrányos érzelmi-anyagi helyzet is indokolja, amely a külön élő szülőt sújtja. A gyermekelhelyezési per indítékai között fellelhető viszont igen sok esetben a másik féllel szembeni gyűlölet, bosszúvágy. A gyerekeket pedig bevonják a harcba, meglehetősen változatos módszerekkel.

A szülői rivalizáció leggyakoribb módjai

- 3.1. A rivalizáció e perek során a szülői magatartásból soha nem hiányzik. A gyermek érdekeit, lelki egyensúlyát védeni kívánó szülőknél is megfigyelhető a korábbihoz mérten fokozódó engedékenység, fokozódó türelem, a változatos programszervezés, nagyobb időráfordítás.
- 3.2. Korrumpálás anyagi eszközökkel az egyik, vagy mindkét szülő oldaláról, ami állandó ajándékozáshoz vezet.
- 3.3. A szülő a gyermeket viselkedésében nem korlátozza, nem tilt, nem büntet – ettől remélve a gyermek fokozottabb kötődését.
- 3.4. Csábítás a gyermek vágyainak megfelelő abszurd ígéretekkel (pl. kap majd lovat a lakótelepi lakásba, felhőkarcólót, stb.)
- 3.5. Amit az egyik szülő követel, tilt, azt a magatartásformát a másik fél elengedi, ill. engedi.
- 3.6. Az erőszakosabb szülő a másikat kiszorítja a gyermekkel történő foglalkozás-



ból, megszünteti az érintkezés lehetőségét is, pl. utazásokat, kétnapos programokat szervez, ürügyekkel kihívja a gyermeket a másik fél szobájából, stb. Kedvezőtlenebb esetben a gyermeket a másik szülővel való minden kontaktus miatt határozottan bünteti, pl. nem ehet a másik szülő vacsorájából, stb., és emellett minden a másik szülővel szembeni negatív megnyilvánulást jutalmaz.

- 3.7. Az öndicséret, a saját kiválóság állandó hangoztatása, aminek révén szokványos és triviális tevékenységek is irreálisan felértékelődhetnek a gyermek szemében (pl. vacsorát adott, stb.).
- 3.8. Büntudatkeltés érzelmi zsarolással (pl. „sírok, mert elmész apáddal, és én egyedül leszek egész nap”, „meghalok, öngyilkos leszek, ha elhagysz”, stb.)
- 3.9. Fenyegetés a másik fél választása esetében (pl. veréssel, vagy érzelmi zsarolás-

sal: „úgy elmegyek, hogy sose látsz többet”, stb.)

- 3.10. Befolyásolás direkt, közvetlen módszerekkel a másik szülőfél ellen
- 3.11. A per során már különélő szülő gyermekkel való kapcsolattartásának akadályozása különféle módszerekkel (pl. hivatkozás a gyermek nem létező betegségére, távollétére, a gyermekek kölcsönös „elrablása és visszarablása” óvodából, iskolából, játszótérről).

4. A házassági krízis, ill. választási kényszer pszichés következményei a gyermekeknél

- 4.1. Súlyos büntudat, önvádlások
- 4.2. Érzelmi ambivalenciák, mert a gyermek mindkét szülőt szereti és elutasítja egyidejűleg
- 4.3. Kisgyermekektől életkorilag idegen ér-



zelmi távolságtartás mindkét szülő vonatkozásában

4.4. Mindkét szülővel kapcsolatosan átélt csalódás

4.5. A sokféle ellentétes befolyás során kialakuló tájékozódási képtelenség, bizalomvesztés miatt gyakran alakul ki a teljes bezárkózás, információ-visszatarthatás: a gyermek nem beszél érzelmi kérdésekről, mert „beszélni veszélyes”. Gyakori, hogy az egyik szülő a másik fél által teremtett információzárlat miatt a gyermeket informátorként, üzenetközvetítőként használja fel.

4.6. A szülők által a gyermekekre kénysz-

erített titkok, amelyek saját életvezetésükre vonatkoznak, érzelmileg megterhelő velejároi e pereknek.

4.7. Taktikázás, zsarolás a gyermek részéről a szülők irányába

A gyermekek egy része gyorsan felismeri a szülők vetélkedéséből nyerhető előnyöket. Azt a szülőt, amelyik éppen elmarasztalja, vagy kívánságát nem teljesíti, azzal bünteti, hogy a másik félhez fordul „árulkodni”.

4.8. Sokszor tapasztalható a tilalmak, követelemények megszűnése miatt szabályozatlan, fellazult, agresszív viselkedés a gyermekeknél.

Túlnyomóan szorongásos tünetek (alvászavar, pavor noct., irreális félelmek)	15 esetben
Negatív belgyógyászati status mellett testi tünetek (hasfájás, hányás, fejfájás, gyomorgörcs)	3 esetben
Enuresis nocturna, encopresis	3 esetben
Agresszív, irányíthatatlan magatartása (iskolai, óvodai és szülői panaszokkal)	6 esetben
Súlyos tanulmányi hanyatlás (bukás több tárgyból), egyéb tünetekkel	6 esetben
Csavargás, szökés otthonról, játéktér, lopások, rendőrségi beavatkozással	7 esetben
Kábítószer-fogyasztás első alkalommal	1 esetben
Öngyilkossági gondolatok, autoagresszív magatartás	2 esetben
Öngyilkossági kísérlet (4 gyógyszeres, 1 érfelmetszés)	5 esetben
Dadogás kezdete	2 esetben
Obesitas	3 esetben
Anorexia nervosa (bulimiával)	1 esetben
Összesen:	54 esetben



PSZICHÉS DEKOMPENZÁCIÓ, MAGATARTÁSZAVAROK, DEVIANCIÁK GYERMEKEKNÉL A MINTÁBAN A VÁLÁSI ÉS GYERMEKELHELYEZÉSI PERREL ÖSSZEFÜGGÉSBEN

A szülők válásával összefüggésbe hozható tünet, magatartászavar 54 esetben fordult elő.

A felnőtteknél is megfigyelhető a válási krízissel, perrel időbeli egybeesést mutató pszichés dekompenzációk halmozódása (öngyilkossági kísérletek, alkohol-függőség kialakulása, depresszió, hypertóniás krízis, önhibás karambol, gyomorvérzés, stb.)

ÖSSZEFOGLALÁS

A házasság felbomlása mind a felnőttek, mind a gyermekek számára az egyik legsúlyosabb életesemény a vizsgálatok alapján. Bizonyos, hogy a gyermekelhelyezési perek e megterhelést többszörösére fokozzák, és hogy válás esetében *a szülők megegyezésen alapuló döntése a gyermekek elhelyezését illetően jóval kisebb érzelmi megterheléssel jár.*

A gyermekek e perek során elhúzódó, extrém mértékű érzelmi feszültségeket és súlyos érzelmi veszteségeket élnek át. Viszonylagos feloldódás csak akkor következik be, ha az egyik szülő nincsen jelen.

Sokszor a gyermek instrukciót is kap az egyik szülőtől, hogyan kell célját a másiknál elérni (pénz, ajándék, ruha, hazugságok, stb.). E megoldások gyors sikert hozhatnak, de azt implikálják, hogy bizalommal és nyíltsággal nem lehet célokat elérni. Különösen agresszió- és szorongáskeltő az a következtetlenség, amellyel a két szülő ugyanazt a viselkedést hol bünteti, hol jutalmazza. A szülők viselkedése az addigi jó testvéri kapcsolat megromlását is gyakran eredményezi azáltal, hogy a testvérek egymás felé közvetítik a szülők ellentéteit a szülők rivalizációjából eredő, megosztottá váló azonosulásuk alapján, mert a szülők néha nyíltan, de legtöbbször rejtetten az „igazságossági elvnek” megfelelően a testvérek elszakításáért harcolnak.

Ezért a családokkal foglalkozó szakemberek, segítők, a gyermekkel kapcsolatban álló intézmények fontos feladata, hogy a szülők békés megegyezését segítsék a gyermekek elhelyezését illetően a házasság felbomlásakor.

A konferencián a *workshop célja* 1-2 konkrét gyermekelhelyezési perben álló család vizsgálati anyagának megbeszélése, és annak közös átgondolása, hogy e családok hol és milyen módon kaphattak volna olyan segítséget, amely a konfliktust nem mélyíti, hanem csökkenti, és ezzel a gyermekek szempontjából a szülők közötti előnyösebb, békésebb megegyezés irányába hat.



Szerepek – stressz – szupervízió

Magánéleti és szakmai szerepeink

Takács Péter

Takács Péter klinikai szakpszichológus. 1987-ben elhagyta a klasszikus klinikai területet, s azóta az Újpalotai Családsegítő Szolgálat munkatársa. Külső előadóként a Wesley János Lelkészképző Főiskola Szociális Munkás Tanszékén „kétségfejlesztő” foglalkozásokat vezet a leendő szociális munkás hallgatóknak. A Károli Gáspár Református Egyetem BTK Pszichológia Tanszékén belül részállású egyetemi tanársegédként fejlődéslelektant, pszichopatológiát oktat, valamint segítő beszélgetést és esetmegbeszélő foglalkozásokat vezet.

Tél.: 06 (1) 414-08-79, 414-08-80; 06 (20) 97-94-222

E-mail: pepe.5@freemail.hu

Amikor a klinikai területet elhagytam, egy színesebb szakmai munka lehetősége tárult elém, melyben a hangsúly a – talán nehezebben körvonalazható – mentálhigiénés szemléleten van, s ez lett az irányadó a szakmai munkámban, miközben természetesen nem vetkőztem le a klinikai látásmódot sem.

Klinikai és mentálhigiénés szemléletet, gondolkodásmódot – melyek természetesen meghatározzák szakmai emberképemet is – az a több éves szupervízori tevékenységem egészíti ki, melyet elsősorban a szociális területen folytatok.

A szupervízió elsősorban a szakmai személyiség karbantartásának, fejlesztésének eszköze, akár egyéni, akár team- vagy csoportos formában alkalmazzuk.

Azt is mondhatjuk, hogy a szupervízió egy sajátos tanulási folyamat, egy olyan

fejlődési út, melyen együtt halad a szupervizált s a szupervízor. Olyan tanulási folyamat, melyben a „segítő” nem mondja meg, hogy mit is kell, kellett volna csinálni, hanem „gondolkodni” tanít. A szupervízióban természetesen ugyanúgy megjelenik egy dinamika, mint bármely más találkozásban, s ezzel is dolgozunk, de csak addig a mértékig, amíg a szakmai szerep tisztázása megkívánja. Ami azon túlmegegy, az már a terápia vagy önismeret területe. Tehát csak a *szakmai szerepre* koncentrálnunk, melyre individuális és intézményi erők egyaránt jelentős mértékben hatnak.

A szociálpszichológusok álláspontja szerint a szakmai és privát szerepet szét kell választani. A szupervízió szerint ez nem működik! Hiszen a szerepfogalom az, amin keresztül az én alkalmazkodik az elvárásokhoz, s ez az alkalmazkodás úgy tud igazán sikeres lenni, ha a szakmai és a személyes összefonódik.



Ma természetesnek vesszük, hogy a *szupervízió* egyre népszerűbb, egyre divatosabb a társadalmi lét szinte minden területén. Nem létezik olyan szakma, hivatás, mely ne követelné meg az állandó képzést, az élethosszig tartó tanulást. Ám éppen ezen a ponton találkozunk egy sajátos „társadalmi csapdával”.

Közhelynek tűnik, hogy teljesítménycentrikus világban élünk. Valóban sokat hangoztatjuk ezt, de nem gondolunk bele, hogy ez tulajdonképpen egy sajátos paradoxont takar.

A teljesítményt hangoztatjuk, de a társadalom valójában az egyén szakértelmét kamatoztatja. Mi következik ebből? Most itt csak két problémát szeretnék kiemelni, melynek hatása messze túlmutat az egyéneken, meghatározva a nemek közti vi-

szonyok sajátos alakulását, így a családok hétköznapijait is.

Az egyik problémakör főszereplői a nők. Milyen sajátos kihívásoknak vannak kitéve ők? Folyamatosan két, egymásnak ellentmondó üzenettel, elvárással bombázza őket a társadalom. Az egyik így szól: „Légy öntudatos! Valósítsd meg önmagad!” Igen ám, de ha valaki ezt teszi, milyen reflexiókkal kell számolnia? Azt mondják rá: „Nagyon jó, nagyon öntudatos, szépen építi a karrierjét, csak hát... nem nő!” A másik elvárás a hagyományos női szerepek felé irányítaná őket. Ma már e szerepekben is lehet valaki professzionális szakember, gondoljunk csak a segítő szakmákra. Nos, ha valaki pedig ebben a gondoskodó, törődő szerepkörben szeretne boldogulni, akkor azt mondják rá: „Szép, szép, csak nem elég öntudatos!”.



Voltaképp mindegy, melyik irányba halad, ezt a társadalmi problémát, ellentmondást a saját oldaláról nézve nem tudja feloldani, nem tudja megoldani, de jelentős stresszorként kihat hétköznapijaira, partnerkapcsolatára, családi életére.

A másik problémakör általánosabb, így mindenkit érinthet.

Korunk követelménye a folyamatos tanulás. A továbbképzések, szakképzések, programok, konferenciák, workshopok, tréningek, pontgyűjtések, szakvizsgák. Mert igazán sokoldalú, mindenhez értő szakemberré kell válnunk. Jó szakemberre, professzionálissá, aki nem ijed meg az új dolgoktól, aki kreatív, tanul, fejlődik, fejleszti szakmai személyiségét.

Mindez nagyon szép, egy életre szóló program, tehát dicséretes! No és mi lesz a magánéleti szerepeinkkel? Abban miként válunk professzionális „magán-személyiséggé”? Hány szerepben is vagyunk *nap mint nap*? Szerepeink fontossági sorrendje változó, mint ahogy életkörülményeink is változnak.

Idézhetném azokat a szerzőket, akik részben elméleti, részben gyakorlati oldalról közelítve fogalmazták meg saját „szerepdefinícióikat” (így pl. Merton, Banton, Secord – Backman, Moreno, Baldwin, Mead, Durkheim, Buda, és még néhány szerző), hogy ők mit is gondolnak szerepeinkről. Ám sokkal fontosabbnak érzem, hogy a *Műhelyünkben* mi magunk gondol-

juk át azt, hogy miként érezzük magunkat pervazív szerepeinkben csakúgy, mint a családi, a hivatásbeli, foglalkozási szerepeinkben, miközben nem feledkezhetünk meg a passzazser s intimszféra szerepeinkről sem. Leegyszerűsítve, folytonos szerep-keresés az életünk. Bizonyos szerepekből kinövünk, másokba beleérünk. Merjük-e, s tudjuk-e levetni „kinőtt” szerepeinket? S mi van, ha nincs helyette azonnal egy új, egy másik? Nehéz ez a „szereptelenség”! Mi lesz elszalasztott, elvesztett szerepeinkkel? Mit kezdünk a szerepeink körüli külső, belső konfliktusokkal? Mit kezdünk azzal a feszültséggel, mely a – most leegyszerűsített – „professzionálizálódó” szakmai szerep, s a magánéleti szerepek közt van? Ha sokat teszünk egy szerepért, mi ennek az ára? Én tartom fontosnak? Elvárják tőlem? Adni, kapni akarok ebben a szerepben? Érezzük-e a „kétféle személyiség” közti szakadékot? Okoz-e ez számunkra feszültséget, stresszt? Ez milyen stresszt?

A stressz körüli kutatások alapján tudjuk, hogy a stresszek csak az első 30 percen fokozzák a készenléti állapotot, erősítik az immun-rendszert. Aztán gyengítik, s utat nyitnak valamilyen vírusnak, baktériumnak, betegségnek. Ma már szinte köztudott, hogy a *pszichoszociális stressz* sokféle betegség kialakulásában szerepet játszhat! Azt persze ne gondoljuk, hogy csak és kizárólag negatív események lehetnek stresszorok. Még a pozitív események, mint pl. egy új családtag érkezése, is stresszel járnak.



Különösen a sorsfordító stresszek lehetnek veszedelmesek. Hogy melyek ezek? Műhelyünk ezekkel a kérdésekkel foglalkozik.

Tisztázzuk szerepkészletünket, elkészítjük mind magánéleti, mind szakmai szerepeink listáját, leltárát.

Majd megnézzük, hogy az utóbbi egy évben milyen jelentős stresszeknek voltunk kitéve, s

ezek mely szerepeinkben ingattak meg bennünket.

Aztán megismerkedünk egy olyan esettel, mely segít átgondolni aktuális állapotunkat, melynek kapcsán feltehetjük önmagunknak kérdéseinket.

Ez a közös munka a csoportos szupervíziós munka „megismerésére” is lehetőséget ad!

Mindenkit szeretettel várok!



A HVB Bank a családok szolgálatában

A HVB Bank Magyarország egyik vezető bankja, mely teljes körű, rugalmas banki szolgáltatásokat kínál kedvező kondíciókkal lakossági és vállalati ügyfeleinek.

Fontos terület bankunk számára az orvosoknak, patikusoknak nyújtott szolgáltatások köre:

a HVB Praxis, valamint HVB Patika számlavezetési csomag – az igénylésre jogosultaknak – igen kedvező kondíciókkal nyújt számlavezetési és egyéb szolgáltatásokat (pl.: kedvezményes hitellehetőségek, folyószámlahitel). Kedvezményes banki kondícióink mellett természetesen közvetlenül is segítjük a családokat, illetve támogatjuk a hazai egészségügyet, hiszen nagy hangsúlyt fektetünk arra, hogy karitatív tevékenységünkkel segítsük a rászorultakat.

A HVB Bank több éve segíti és támogatja a beteg és hátrányos helyzetű gyermekeket és családokat, illetve az ő segítségükre létrejött alapítványokat, szervezeteket. Az utóbbi években a következő egyesületeket, alapítványokat részesítettük támogatásban:

- | | |
|------|---|
| 2002 | <i>Gyermekeinkért '91 Alapítvány</i>
<i>Csecsemőkor Alapítvány</i>
<i>Sammuel Tessedik Alapítvány</i>
<i>Dévény Anna Alapítvány</i>
<i>„Gyermek Intenzív Terápiáért” Alapítvány</i>
<i>„Tumor Leukémiás Gyermekekért” Alapítvány</i> |
| 2003 | <i>Gyermekeinkért '91 Alapítvány</i> |
| 2004 | <i>Donor Alapítvány</i>
<i>Együtt az egészségünkért Alapítvány</i>
<i>Gyermekeinkért '91 Alapítvány</i> |

Néhány évvel a bank a koraszülött csecsemők speciális ellátásában jelentős tevékenységet kifejtő Peter Cerny Alapítványnak adományozott egy felszerelt mentőautót, hogy hozzájáruljon áldozatos munkájuk sikeréhez.

A HVB Bank fióknyitások alkalmával sem érkezik üres kézzel az adott városba, mivel ilyen alkalmakkor a helyi kórház gyermekosztályát, vagy beteg, hátrányos helyzetű gyermekek sorsával foglalkozó helyi alapítványt támogat komolyabb összeggel. Így méltán állíthatjuk, hogy bankunk a családok és az azokat segítő szervezetek, alapítványok aktív támogatója.



Nőtípusok és az anyaság

Dr. Valló Ágnes

Dr. Valló Ágnes belgyógyász, főiskolai adjunktus a Semmelweis Egyetem Egészségügyi főiskolai karán, ahol élettant-kórélettant, belgyógyászatot tanít, valamint a betegségek pszichoszomatikus szemléletét, a női test – női lélek összefüggéseit. Megjelent könyvei: Dr. Valló Ágnes, dr. Nemes János: *Menedzserbetegségek* (B+V Kiadó, 2000); Dr. Valló Ágnes, dr. Bárány János, dr. Nemes János: *Menedzsernők, menedzserfeleségek* (B+V Kiadó, 2002); Dr. Valló Ágnes: *Ha a beteg kérdez...* (Galenus Kiadó, 2002).

Tél.: 06 (1) 368-5339, 06 (30) 981-6332

E-mail: vallo@uze.net

Számtalan szerepünk közül talán az anyaság a legszebb. A legélvezetesebb is lehetne, ha nem terhelné annyi szorongás, bűntudat, annyi felesleges aggodalom. Magam nem vagyok sem gyermekpszichológus, sem a gyermeknevelés avatott szakértője. Pszichoszomatikus szemléletű belgyógyász vagyok, és rendelőmben számtalan szorongó, túlzottan aggodalmaskodó asszonnyal találkoztam, aki azért érzett bűntudatot, mert nem volt szent, nem volt “tökéletes” anya.

A hagyományos felfogás szerint a “normális” nő az, aki megfelel egy modellnek, egy olyan szerep-együttesnek, amit a társadalom aktuálisan a nőtől elvár. Valamennyien tudjuk azonban, hogy nő és nő között óriási különbségek vannak.

NŐTÍPUSOK

Jean Shinoda Bolen amerikai pszichológusnő Jung őstípusaiból kiindulva – a görög-római mitológiához visszanyúlva –

alakította ki a hét női alaptípust. Hangsúlyoznunk kell, hogy tiszta típusok nincsenek, vagy legalábbis rendkívül ritkák. A nőtípusokat azért érdemes megismernünk, hogy segítségükkel jobban megértjük – és elfogadjuk – magunkat, kapcsolatainkat, értékeinket. Hiszen minden „istennő” másképpen lehet jó anya.

Déméter – a főfoglalkozású anya

Déméter (a rómaiaknál Ceres) a termékenység, az anyaság, a gabonaföldek istennője, az anyaság megtestesítője. Az anyaság, a gondoskodás, táplálás tölti be egész életét. Anyaként viselkedik férjével, barátaival, munkatársaival is. Kapcsolataiban adakozó, gondoskodó, ezen kívül stabil, megbízható, két lábbal áll a földön, nagyfokú gyakorlati érzéssel rendelkezik.

Déméter számára tehát az *anyaszerep* a legfontosabb. A csecsemők, kisdedek számára Déméter az ideális anya. Teljes szimbiózisban él gyermekével, minden



rezdülését meghallja, megérzi. Megérti miért sír, mit szeretne. Másrészt Déméter gyakran túlságosan aggodalmaskodó, félti, a szellőtől is óvja a gyermekeit. Úgy gondolja, tökéletes anyának kell lennie, aki képes a világ minden gondjától, bajától megóvni a gyereket, s ha ez nem sikerül büntudatot érez, mintha mindenért ő lenne a felelős. Ez a fokozott felelősségtudat túlzott ellenőrzéssel jár. Déméter nem veszi figyelembe saját szükségleteit, életét gyermekeinek áldozza, cserébe viszont gátolja önállósodásukat. Rátelepszik a szeretett gyermekekre, és nem engedi elválni a köldökszínort.

Héra – a hivatásos feleség

Héra (a rómaiaknál Juno) a házasság istennője, a főhivatású feleség megtestesítője. A férjéhez fűződő kapcsolat, a feleségszerep betölti egész életét, minden gondolata, öröme, bánata, boldogsága, boldogtalansága ettől a kapcsolattól függ. Saját, személyes ambíciója nincs, teljes mértékben képes elkötelezni magát, és minden nehézség ellenére kitart választottja mellett. Szerelme, elkötelezettsége egy életre szól.

Héra gyermekeivel való kapcsolatát is a feleségszerepnek rendeli alá, gyermekeivel való kapcsolata elsősorban a férfi nevelési elveitől függ. A hagyományos család-szerkezet, melyben a férfi a ház feje, ura és parancsolója, biztonságot ad, de nyomasztó is lehet a gyermekek számára. A problémák rendszerint itt is serdülőkorban jelentkeznek.

Perszephoné – az engedelmes gyermek-asszony

Perszephoné (a rómaiaknál Proserpina) Déméter és Zeusz leánya, akit Hádész, az alvilág istene elrabolt és feleségül vett. Perszephoné az örökké fiatal, engedelkeny, sőt engedelmes gyermek-asszony megtestesítője. Nem irányítja életét, inkább hagyja, hogy a dolgok csak úgy “megtörténjenek” vele. Szereti, sőt elvárja, hogy irányítsák. Nagyfokú alkalmazkodó képessége révén mindig megérzi, hogy mit várnak el tőle.

Perszephoné mint *anya* gyakran szorong, aggodamaskodik, hiszen nem érzi kellően felnőttnek magát. Boldogan, önfeledten játszik gyermekeivel, mesél nekik. Nagyfokú empátiájával megérzi, mire van szükségük. Általában szelíd, a háttérben marad. Tiszteli gyermekei vágyait, személyiségét, nem akadályozza függetlenségüket. Problémát okozhat, ha egy erős, független személyiségű gyermek átveszi az irányítást, mert Perszephoné nem tud korlátot szabni.

Hesztia – a befelé élő nő – a biztos háttér

Hesztia (a rómaiaknál Veszta) a házi tűzhely és a templom istennője. Hesztia befelé figyel, önmagába mélyed. Társaságerősítő, a magányt, a csendet, nyugalmat kedveli. Fölötte áll vetélkedésnek, intrikának, nem érdekli a karrier, még kevésbé a hatalom, az élet belső értelmét, végső céljait keresi. Hesztia – bár nem törekszik rá, – tökéletesen megfelel a hagyományos házisszony-szerep eszményének. A házi-



munkát ugyanis nem nyúgnak, hanem ki-
elégítő és értelmes tevékenységnek érzi.

Hesztia igen jó, elfogadó anya. Nincse-
nek túlzott elvárásai, nem ösztönzi gyer-
mekeit nagy teljesítményre. Viszont teljes
egészeben, szőröstül-bőröstül elfogadja
őket, lehetővé teszi a számukra, hogy ön-
maguk legyenek, nem erőlteti önállóságú-
kat, de nem is gátolja azt. Biztos hátteret
nyújt, ahonnan kiröppenhetnek, és ahová
bármikor visszatérhetnek.

Artemisz – az önálló, független nő

Artemisz (a rómaiaknál Diana) a vadá-
szat és a Hold istennője, a független női
lélek megtestesítője. Öntudatos, hű ön-
magához. Elkötelezetten halad előre saját
útján. Önbizalma nem szorul külső meg-
erősítésre, férfi nélkül is egész embernek
érzi magát. Szolidaritást vállal a gyengéb-
bekkel, elnyomottakkal, szívesen tanítja,
vezeti a fiatalokat. Párjának csak olyan
embert fogad el, akivel egyenrangú és
egyenjogú kapcsolatot alakíthat ki.

Artemisz gyakran nehezen viseli a ter-
hességet, a gyermekágy, a szoptatás idő-
szakát – hiszen nincs ereje teljében, és
függetlensége is korlátozódik. Csecsemő-
je mellett nem érzi elég jó anyának magát,
mivel nem élvezi annyira a “babázást”,
mint ahogyan elvárják tőle, illetve ő is el-
várná önmagától. Igazán jó anyává válik
azonban rögtön, amint gyermekei csepe-
redni kezdenek. Felszabadultan, gondtala-
nul játszik velük, elősegíti önállósodású-
kat, fejlődésüket. Ha védelemre van szük-

ségük, harcol értük, de sokkal inkább
megtanítja őket arra, hogyan védjék meg
magukat. Nem telepszik rájuk, hogy nekik
levegőt, engedi, hogy saját útjukat járják.

Athéné – a határozott, bölcs aszszony

Pallasz Athéné (a rómaiaknál Minerva)
a bölcsesség, a tudomány, a női mestersé-
gek, másrészt a stratégia istennője, a tiszta
ész, a racionalitás, a gyakorlatiasság meg-
testesítője. Döntéseiben az észére, és nem
a szívére hallgat. Jó vezető: céltudatos,
előrelátó, gyors, határozott és gyakorlatias.
Nem fél a felelősségvállalástól, tud és mer
nemet mondani. Párkapcsolataiban általá-
ban maga választja társát: erős, tehetséges,
ambiciózus férfit, olyat, akit tisztel, akire
fel tud nézni.

Athéné mint anya Artemiszhez hasonló-
an nem tud túl sokat kezdeni a csecsemők-
kel. Akkor érzi elemében magát, ha gyer-
mekei más cseperednek, eszük nyiladozik,
és meg lehet mutatni számukra a világot,
meg lehet tanítani őket mindenféle értel-
mes dologra. Nevelési stílusa konzervatív-
vabb, mint Artemiszé, általában többet kö-
vetel, többet tilt, és kevesebb szabadságot
ad gyermekeinek. Viszont mellettük áll
minden törekvésükben, hathatósan segíti
őket, hogy sikereket érjenek el.

Aphrodité – a kreatív nő – az ihlető társ

Aphrodité (a rómaiaknál Vénusz) a
szépség és szerelem istennője. Ő szimbo-
lizálja a szerelem átformáló, alkotásra
készítő erejét. Befolyása nem korlátozó-
dik a párkapcsolatokra, hiszen nemcsak



egy emberbe szerethetünk bele. Aphrodité a “múzsza”, inspiráló asszony, aki azzal segíti a férfi céljainak, álmainak megvalósulását, hogy szárnyakat ad neki.

Aphrodité gyermekeit is szinte “szerelemmel” szereti. Teljes odaadással gondozza őket, teljes személyiségével vesz részt játékaikban is. Nem kritikus, hanem elfogadó, figyelmével, bizalmával képes felszínre hozni és kibontakoztatni érzelmeiket, képességeiket. Ha jelen van. Mert Aphrodité a pillanatnak él. Az egyik percben elkápráztatja, lebilincseli a gyermeket, aki úgy érzi, ő a legfontosabb a világon, a másik pillanatban pedig – váratlanul, előkészítés nélkül – elutazik. A gyerek könnyen úgy érezheti, hogy forró vízből hideg vízbe mártogatják.

ANNYIFÉLEKÉPPEN LEHETÜNK „ELÉG JÓ” ANYÁK!

A társadalomban egy meglehetősen idealizált kép él az „anyáról”. Ez a kép a Déméter-típusú óvó, védő, gondoskodó, az anyai szerepnek mindent alárendelő önfeláldozó szent és az anyatigris különböző árnyalatú keveréke. Pedig nemcsak Déméter lehet jó anya! Mindenkinek mások az erősségei és mások a gyengéi is.

A csecsemők, kisdetek számára valóban Déméter az ideális anya. Hiszen Déméter életének legboldogabb időszaka az, amikor teljes szimbiózisban élhet gyermekével. Azonban később sem engedi elvágni a lelki köldökzsinórt, rátelepszik gyermekeire, gátolja önállósodásukat.

Sokat segíthet, ha megértjük Winnicot doktor elméletét. Szerinte ugyanis a csecsemőnek, a gyerekeknek nem tökéletes, hanem „elég jó” anyára van szüksége. Az „elég jó anya” törekszik arra, hogy megértse a csecsemő sírását, kielégítse gyermeke igényeit. De ez nem sikerülhet mindig. És ez egyáltalán nem baj. A gyerekeknek ugyanis arra is szüksége van, hogy átélje: a vágyak és igények nem teljesülhetnek mindig maradéktalanul. Tudomásul kell vennünk: egyetlen asszony sem Atyaúrsten (pardon: Anyaúrsten)! A gyerekek akkor is csodálatosan fejlődnek, ha „csak” elég jó az anya.

A gyermeknevelésben szerintem egyetlen szabály van: az, hogy *nincs szabály*. Ami beválik az egyik gyereknél, hatástalan lehet a másikonál. Mindig a *kapcsolat a legfontosabb*. Fontosabb, mint az elvek, és sokkal fontosabb, mint a kívülről jövő elvárások. *„Jobb rosszat tenni jó szellemben, mint jót tenni rossz szellemben”* (Melanie Klein).



Életminőségfejlesztés az egészségesebb életért Akkreditált és készségfejlesztő programok az egészségügyben

Jobbágy Mária – Dr. Sávai Margit

*Jobbágy Mária mentálhigiénikus szakember, szervezetfejlesztő, népművelő, pedagógus és tanácsadó. Több éve szervezőként és szerkesztőként részt vesz a Családbarát team munkájában. 2004-ben életminőség-fejlesztő programsorozatot indít azoknak, akiknek hivatása a családhoz, a gyermekekhez kötődik. Tél.: 06 (1) 38-38-477, 06 (20) 9120-937
E-mail: jobbagy8@hu.inter.net, jobbagy@ogyei.hu
Honlap: www.ogyei.hu*

Dr. Sávai Margit gyermekorvos, 26 évet dolgozott az alapellátásban. Mentálhigiénés másoddiplomával, családterápiás képzettséggel rendelkezik. Pszichodráma terapeutaként 14 éve vesz részt a Semmelweis Egyetemen felnőttoktatásban (segítő beszélgetés, tevékenységkísérő esetcsoport, projekt tervezés, előadások, publikációk, szakdolgozati konzultáció, államvizsgáztatás), és egyéb szervezésű képzésekben is csoportvezető trénerként.

Tél.: 06 (1) 326-7103, 06 (20) 9346-983

JOBBÁGY MÁRIA

A workshop keretében az ősztől induló, az Egészségügyi Továbbképző Intézet (ETI) által akkreditált életminőségfejlesztő programról tájékozódhatnak a résztvevők úgy, hogy közben egy kis ízelítőt kapnak az őket érdeklő témákról, gyakorlatok formájában.

A program ötletét az a tapasztalat és meggyőződés adta, hogy kevésbé építünk arra a tényre, hogy ki-k *saját maga* tehet legtöbbet önmaga és környezete egészségért. Az egészség fogalmába a fizikai egészség mellett a lelki és szellemi egészséget is beleértjük. Azért neveztük programunkat **életminőségfejlesztő** és pl.

nem egészségmegőrző programnak, mert úgy gondoljuk, hogy **az életminősége mindenkinek fejleszthető**: az egészségesnek, a betegnek, a hajléktalannak, a milliomosnak, az orvosnak, a miniszternek, a gyerekeknek, a felnőtteknek, az öregeknek, a fiataloknak, a férfinak, a nőnek, egyszóval minden embernek. Szeretnénk ezt a szemléletet tudatosítani, és jó programokkal terjeszteni.

Számos tapasztalatot szerzünk valamennyien életünk során, mellyel javíthatunk a közérzetünkön, a kapcsolatainkon, a környezetünkön. Mindnyájan tudunk valamit, amit a másik nem. Ami számunkra megszokott, unalmas, az érdekes lehet másoknak, változtathat életünkön. A



fejlesztés azt is jelenti, hogy folyamatosan gazdagítjuk tapasztalatainkat, bővítjük eszköztárunkat, folyamatosan tanulunk, tapasztalunk.

Életminőségfejlesztő programunkkal ezt a gazdag eszköztárat szeretnénk gyarapítani olyan módszerek bemutatásával, melyek a résztvevők előtt még ismeretlenek, de ezek megismerésével és használatával eredményesebbek lehetnek életünkben, elégedettebbek lehetnek önmagukkal, családjukkal, munkájukkal, kezükben tudják tartani sorsukat.

Programunk egyik alappillére, hogy a résztvevők együttműködésre épít, melynek változatos formáit, előnyeit, nehézségeinek okait, működésének hatékonyságát saját tapasztalataikon keresztül figyelhetik meg a résztvevők. A másik pillére a tettvágy, az akarat. Ahhoz, hogy kedvező irányba változzon életünk, elhatározásra, cselekvésre van szükség, mely sokszor nem könnyű. De nagyon sok példa van rá, hogy az emberi akarat mire képes, főleg az egészségügy területéről (csodálatos gyógyulások és teljesítmények megváltozott egészségi állapotban, korlátozott fizikai képességek mellett is). Lehet-e, és ha igen, hogyan, ezt az erőt, energiát mozgósítani azért, hogy jobb legyen körülöttünk az élet? Mi úgy gondoljuk, hogy igen, és ennek számos formáját ki is próbálhatják a résztvevők programunkon:

❖ **hogyan lehet élvezetesen *projektet készíteni***. (Ne több százmilliós beruhá-

zásokra gondoljunk, vagy a visszautasított pályázatokra, hanem például arra, hogyan menedzselhetjük jobban önmagunkat, családjunkat, hogyan érhetünk el apró, ám nagyon fontos, közérzetjavító változásokat a munkahelyünkön, milyen keretek között valósíthatjuk meg féltve őrzött elképzelésünket...)

❖ ***megismerjük, milyen erőforrásokkal rendelkezünk***, és ezeket tudatosítjuk. (Az életminőségünkön a magunkról alkotott pozitív kép nagyon sokat változtathat. Megismerjük, hogy milyen gazdag a személyiségünk, és kipróbálhatjuk kedvező hatásunkat másokra)

❖ **gyakoroljuk, *hogyan lehet megoldásokban gondolkodni*** a problémák helyett. (A szavak, a gondolatok megfogalmazása önmagában energiatöbbletet, vagy energiavesztést okozhat. Gondoljunk csak arra, hogy milyen érzelmet, hangulatot váltanak ki bennünk ezek a kérdések: Mi a problémád? Hogy jutottál idáig? Hogy történhetett? És mit ezek: Milyen volt, amikor jól mentek a dolgok? Mi volt más? Hogyan csináltad?. Milyen technikái vannak a megoldásközpontú beszélgetésnek, hogyan használhatjuk ezt előnyösen mindennapjainkban?)

❖ ***önmagunk és mások érzelmeinek felismerésével*** hogyan tudjuk jobban megérteni magunkat és a körülöttünk élőket. (Az érzelmi intelligencia életünk végéig fejleszthető, lehetünk empátikusabbak,



nagyobb lehet az önkontrollunk, jobban tudjuk figyelmünket összpontosítani, mások érzelmeire figyelni stb., ezekhez adunk eszközöket, technikákat)

- ❖ minden résztvevő az általa választott témában 2x2 óra **egyéni konzultációt** igényelhet a képzés során, melyet egyaránt felhasználhat személyes célokra, vagy a projekt elkészítésével kapcsolatban.

❖ **A program 31 kreditpontot ér.**

A konferencián várom az érdeklődők véleményét, javaslatait, ötleteit és természetesen aktív részvételét!

DR. SÁVAI MARGIT

Gyermekorvosként sokat gondolkoztam azon, nem lenne-e az egészségügyben nagyobb szükség olyan kreditpont-szerző továbbképzésekre, ahol saját hivatásszemélyiségünk fejlesztését tanuljuk, mert egy kapcsolatban ezzel is gyógyítunk. Jó lenne tudományosan is megalapozott szempontokat kapni döntéseink nemcsak szakmai, de emberi, érzelmi háttéréről is. Védett környezetben gyakorolni az eredményesebb, hatékonyabb kommunikációt, rálátni saját működésünkre szakmai kapcsolatainkban, jobban megérteni a szavak háttérét. Mindezekből bővíülhet tudásunk a

mindannyiunkat megterhelő pszichoszomatikus betegségek szerveződéséről, felhasználva anyanyelvünk gazdagságát is a testi tünetek által közvetített üzenetek, figyelmeztetések megértésében, hogy még eredményesebben gyógyíthassunk.

Szükség van ránk, nekünk pedig szükségünk lenne arra, hogy gazdaságosabban tudjuk működtetni önmagunkat. Időben észrevegyük a kiégés, az elhasználódás tüneteit, még mielőtt ott kellene hagynunk szeretett, választott hivatásunkat. Felelősségteljes munkánkhoz jó tudni:

- hogyan hat egy krízishelyzet, és mit lehet tenni benne
- hogyan befolyásolja az egészség elvesztése betegeink, munkatársaink működését, és a sajátunkat
- hogyan tehetünk szert olyan készségekre, amelyek segítik ezek feldolgozását
- hogyan kezelhetjük eredményesebben a konfliktusokat
- hogyan segíthetjük akut és krónikus stresszhelyzeteink túlélését.

Természetesen a fenti kérdésekre a választ már valamennyien megtanultuk, kialakítottuk saját megküzdési stratégiánkat, módszereinket, melyek fontosak számunkra, melyekhez ragaszkodunk. Mégis jó, ha tudjuk, hogy vannak olyan csoport-

*A program az ETI által akkreditált, 31 pontot ér, melyről a résztvevők tanúsítványt kapnak. Jelentkezés és részletes felvilágosítás: Jobbágy Mária 20/9120-937



módszerek, technikák, melyek ezen tudásunkat tovább fejleszthetik. Ezeket a módszereket már eredményesen használják az üzleti és civil szférában, s jó lenne, ha elterjednének az egészségügyben is.

Egy véletlen találkozás adta a lehetőséget számomra mentálhigiénés szemléletű továbbképzés megkezdésére az egészségügyben. Egy kórházi osztály dolgozóiban merült fel az igény ilyen jellegű szakmai

képzésre. Baráti kapcsolat adta a bizalmat a csoportvezetőnek, és az Országos Gyermkegészségügyi Intézetben egy részállás nyújtotta a háttérrel a megvalósításhoz. Nagyon sokat tanultunk ebben a csoportmunkában, melynek tapasztalatait szeretném megosztani a workshop résztvevőivel, és közös gondolkodásra hívom őket a humán erőforrás fejlesztés lehetőségeiről, nehézségeiről, korlátairól és eredményeiről az egészségügyben



A-HA!

Országos szexuális és mentálhigiénés felvilágosító program
11-18 éves korosztály részére

Dr. Szőnyi György

Dr. Szőnyi György gyakorló szülész-nőgyógyászként a Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ orvosa. Prevenációs tevékenységét a Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenációs Tudományos Társaság programvezetőjeként végzi. Szakterülete az anya- és nővédelem, a veszélyeztetett terhesek ellátása, valamint serdülőkorúak felvilágosítása.

Tel.: 06 (1) 439-1700, fax: 06 (1) 439-1701

E-mail: info@sznptt.hu

Honlap: www.sznptt.hu

SZNPTT: TUDOMÁNY ÉS MEGELŐZÉS

A Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenációs Tudományos Társaság 2001 októberében alakult meg, és közhasznú egyesület formájában, mint szakmai és civil szervezet működik.

A XXI. század elején a betegségek megelőzése iránti igény mind az orvostársadalom, mind pedig a betegek részéről megnövekedett. Ezen igények kielégítése érdekében az egyesület célja egy olyan szellemi műhely működtetése, amely lehetővé teszi a korszerű megelőzés lehetőségeinek bemutatását, a már meglévő prevenációs lehetőségek továbbfejlesztését tudományos kutató-

munka végzése útján, a prevenációs lehetőségek lehető legszélesebb körben történő terjesztését, oktatását újszerű kommunikációs eszközök alkalmazásával.

Működését egészségügyi, oktatási, kommunikációs és informatikai szakemberek együttműködésével valósítja meg.



A kitűzött célok elérése érdekében az SzNPTT az alábbi tevékenységeket végzi: országos és nemzetközi továbbképző konferenciák, szimpóziumok szervezése; ösztöndíjak meghirdetése, pályázatok kiírása az egyesület céljaihoz szorosan kap-

csolódó témakörökben; egészséges életmódot népszerűsítő, országos felvilágosító kampányok szervezése; a társadalom

szempontjából kiemelten kezelendő népesség felvilágosítása; az egészséges életmódhoz való jog és az ahhoz vezető út megismertetése; az egészséges életkezdet támogatása, valamint előadások, továbbképzések, vitafórumok szervezése.

NEM LEHET ELÉG KORÁN KEZDENI?

Magyarországon a terhességmegszakítások száma 2001-ben 57.709, 2002-ben 55.753, 2003-ban 52.925 volt. 2001-ben az abortuszok 10%-a 18 év alatti fiatalokon történt. 2002-ben ez a szám 7.5%-ra csökkent a korcsoportban, míg 2003-ban 6,8 % volt. Az első szexuális aktus idején az átlagos életkor 16,9 év. A fiatalok 90%-a első testi kapcsolata során egyáltalán nem védekezik.

A szexuális úton terjedő fertőző betegségek (STD), az AIDS, a hepatitisz, a Chlamydia és még sok egyéb betegség az egyén problémái mellett társadalmi jelentőséget is kap, a fiatal populáció egészségét és reprodukciós képességét nagymértékben befolyásolja.

A szexuális élet alapismereteinek a tizenéves korosztályhoz történő hatékony eljuttatása, az egészséges életkezdet megvalósítása, a tizenéves korosztály pszichoszexuális fejlődésének szakmai alapon történő elősegítése, a nem kívánt terhességek számának visszaszorítása, az urogenitális traktus fertőző betegségeinek

csökkentése országos szinten megoldatlan feladat.

A Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenációs Tudományos Társaság szakmai csapata komplex témakommunikációt dolgozott ki, amely magában foglalja az oktatás, a felvilágosítás, a játék, a szórakozás és az orvosszakmai tájékoztatás elemeit.

A program üzenetei különböző kommunikációs csatornákon keresztül jutnak el a fiatalokhoz. Felhasználjuk az országos lefedettségű középiskolai oktatást, az internet adta távoktatás és webdoktor lehetőségeit, a fiatalok körében népszerű ifjúsági magazinok felvilágosító cikksorozatát, animációs filmet, a mobil telekommunikáció segítségével játszható játékot, információs broszúrákat, valamint fiataloknak szóló rendezvényeket.

FELKÉSZÍTÉS A SZEXUÁLIS ÉLETRE

2001 októberében a Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenációs Tudományos Társaság megalakulásával egy időben foglalmaztuk meg célkitűzéseinket. Ezek közül az egyik legfontosabb programont a tizenévesek szexuális életre történő felkészítése; szexuális étellel, szexuálhigiénéjével, szexuális úton terjedő fertőző betegségekkel, nem kívánt terhességekkel, fogamzásgátlással kapcsolatos ismereteik bővítése.

Ezért országos felvilágosító programot állítottunk össze, mely már két tanév óta sikeresen működik.



A MEGVALÓSÍTÁS MENETE: 2002-2004-ES TANÉVEK HÁROM IRÁNY, EGY CÉL

A programot három irányból közelítjük meg.

1. irány: Előadás a suliban

Az első elem az iskolai oktatás. Ennek során a korcsoportnak (14-18 éves lányok és fiúk) megfelelő oktatási anyagot állítottunk össze, majd felkértük az ország összes szülészeti-nőgyógyászati osztályvezető főorvosát, hogy munkatársaik segítségével vegyenek részt az országos oktatóprogramban. Így a két tanév alatt közel 300 szülész-nőgyógyász szakorvos közreműködésével tartottunk iskolai oktatásokat.

Ennek során az oktatóorvosok előzetes előkészítő munkánk után felkeresték az adott iskolát, ahol az előre kidolgozott oktatási tematika alapján megtartották felvilágosító előadásukat. A későbbiekben lehetőség nyílt az oktatóorvosok felkeresésére, további egyéni vagy csoportos tanácsadásra, szükség esetén prevenció vagy terápia célú orvosi ellátásra. Oktatóorvosaink a későbbiekben mint ellátó orvosok is részt vettek a fiatalok ellátásában.

2. irány: Jöhet a meNET

A program második pillére az internetes távoktatás és tanácsadás.

A www.a-ha.hu internetes címen teljes körű tájékoztatás kapható a programról. Külön megszólítottuk a középiskolák

igazgatóit, részletesen megismerhették a program céljait, támogatottságát, a programhoz történő csatlakozás módját. Az oldal fő fejezetei a tizenévesek részére készültek. Kamasz-útra-való, Webdoki válaszol, Tini-titkok, A-HA játék fejezeteink mindegyike a témával kapcsolatos ismeretanyag elmélyítését és kommunikálását szolgálják.

Kamasz-útra-való fejezetünk a fiatalok érdeklődésének megfelelő stílusban, alfejezetekre tagolva tekinti át az anatómiai ismeretektől kezdve a szexuális élettel, nem kívánt terhességgel, fogamzásgátlással kapcsolatos témákat. A stílusában sajátos anyagot humoros flash animációkkal, grafikai elemekkel tesszük érdekesebbé a fiatalok számára.

Webdoki válaszol fejezetünkben név nélkül lehet feltenni kérdéseket, melyre szülész-nőgyógyász szakorvosaink válaszolnak. A kérdezők e-mailben kapják meg az orvosi válaszokat. A hasznos és tanulságos kérdések és válaszok megjelennek az internetes oldalon is, természetesen ekkor is megőrizve a kérdezők inkognitóját.

A Tini-titkok részben a fiatalok saját maguk kezdeményezhetnek beszélgetést különböző, számukra érdekes, fontos témákban. Ezek gyakran extrém témák is lehetnek, melyről ilyen formában bátran csevegnek.

A fórum témái felügyelet alatt állnak, így az obszcén megnyilvánulásokat operátorunk nem engedélyezi számukra.



3. irány: Játék

Az A-HA-játék talán a legérdekesebb része programunknak, hiszen egy teljes tanévben keresztül lehetett pontokat gyűjteni különböző feladatok megoldásával.

A kérdések tematikájukban szorosan kapcsolódnak a szerelem, szex, emberi kapcsolatok körhöz, és érintik az orvostudomány, az irodalom, a komoly- és könnyűzene, a festészet, a filmvilág és még sok egyéb téma érdekességeit. A játékra SMS üzenet küldésével jelentkezhetnek a játékosok, amelyet egy regisztrációs lap kitöltése követ az internetes oldalon.

A feladatokat több csatornán juttatjuk el a játékosokhoz. Két-három hetente frissülő feladatlappal találkozhattak internetes oldalunkon, és SMS-ben beküldhető feladatok jelentek meg a sajtóban.

A tanév végén a legjobban szereplő csapatok országos döntőn vesznek részt, míg egyéni játékosaink szerzett pontjaikat értékes nyereményekre válthatják be.

ISKOLAI OKTATÁS, INTERNET

A két tanév alatt közel 300 oktatóorvosunk a magyarországi 1124 középiskolából többmint 560-at keresett fel. Szülész-nőgyógyászaink több mint 1420 előadást tartottak, és oktatásainkon több mint 159 000 diák vett részt.

Internetes oldalunkat az első évben 15 000 körüli látogató tekintette meg, a második tanévtől pedig további 5000.

Az internetes oldal népszerűségét bizonyítja a fórumoldal számtalan felvetett témája és a Kérdezz-felelek oldalon feltett 1040-nél is több kérdés.

	2002–2003 tanév	2003–2004 tanév	Összesítés
Középiskolák száma	>400	>160	>560
Oktatási órák száma	>1000	>420	>1420
Diákok száma	>105 000	>54 000	>159 000
Weboldal látogatottsága	>15 000	>5000	>20 000
Kérdezz-felelek oldalon feltett kérdések száma	>850	>190	>1040



IDŐUTAZÁS

A Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenációs Tudományos Társaság 2003. május 16.-án Időutazás címmel kerekasztal beszélgetésre hívta meg a szülész-nőgyógyász szakma, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Gyermek,

Ifjúsági és Sportminisztérium, valamint az Oktatási Minisztérium jeles képviselőit. A kerekasztal megbeszélésen a Társaság konszenzus kialakítását szorgalmazta, valamint megfogalmazta középtávú célkitűzéseit. A résztvevő minisztériumok minisztériumi szinten teljes körű támogatásukról biztosították a programot.

	2001	2002	2003	Cél 2008-ra
Abortuszok száma	57 709	55 753	52 925	< 45 000
18 éves kor alatti abortuszok száma	10%	7,5%	6,8%	< 3%
14 éves kor alatti abortuszok száma	9	9	9	0

A-HA! – 2004-2005-ÖS TANÉV

Programunk a szülész-nőgyógyász szakma, az iskolák, valamint az illetékes minisztériumok (ESZCSM, OM, GYISM) szemében nagyfokú elismerést vívott ki magának, a diákok példátlan lelkesedéssel fogadták a programot, a sajtó képviselői pedig kiemelkedő hírnek tekintik a témát minden fórumon, és folyamatos médiamegjelenést biztosítanak.

A programot már az alapkövetételek is középtávra, 3-5 évre terveztük, az első két tanév meggyőző tapasztalatai, a kedvező fogadtatás pedig megerősítette Társaságunkat abban, hogy a programot hosszú távon is életképessé kell tenni. Ebből is következik, hogy az érintettek köre kiterjed a teljes 11-

18 éves korosztályra, és a program időhorizontjából adódóan többszázezer diákot szeretnénk bevonni.

ÚJ ELEMEEK

2004/2005-ös tanévben a program új elemekkel bővül. Az év elején nyitórendezvényt tartunk, ahol bemutatjuk a Kamasz-útra-való című oktatófüzetünket, valamint a Zsebfüzetet, melyet az oktatócsomag részeként 100.000 példányban juttatunk el a fiatalokhoz.

Az A-HA program megismert figuráival oktató animációsfilmet készítettünk, melyhez médiatámogatónk biztosít műsoridőt (RTL Club).



Tanácsadás helyett támogatás

Műhelymunka a szoptatással kapcsolatos segítségnyújtásról

W. Ungváry Renáta – Dr. Sarlai Katalin

Dr. Sarlai Katalin neonatológus főorvos, szoptatási szaktanácsadó IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant)

Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati osztály

Tél.: 06 (1) 216-0350/1644-es mellék

E-mail: ksarlai@axelero.hu

W. Ungváry Renáta: szoptatási szaktanácsadó IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), La Leche Liga szoptatási tanácsadó

Sanoma Kiadói Rt., Bp., Kismama magazin szerkesztősége

Tél.: 06 (30) 202-0870

E-mail: r.ungvary@sanomabp.hu

Mindketten tevékeny tagjai vagyunk a Szoptatásért Magyar Egyesületnek, melynek honlapján (www.szoptatasert.hu) további információt találhat tevékenységünkről, programjainkról. Az érdeklődők figyelmébe ajánljuk az Egyesület szakmai portálját is (www.szoptatasportal.hu), melyen a legfrissebb szakmai közlemények és hírek is megtalálhatók, és lehetőség van nyilvános szakmai vita, véleménycsere folytatására is.

A műhelymunka során szándékaink szerint bemutatjuk a szoptatási tanácsadók (támogatók) munkáját.

A szoptatási szaktanácsadó a laktáció és a szoptatás támogatásának kérdéseire szakosodott segítő foglalkozású személy, aki önálló praxisban vagy az egészségügyi ellátórendszer keretein belül foglalkozik ezzel a speciális területtel. Az IBCLC címet csak az viselheti, aki nemzetközi, világszerte egységes

kritériumok alapján összeállított vizsgát tesz, valamint tudását folyamatosan frissíti, és meghatározott időközökben újból vizsgát tesz, ez a recertifikáció. Ez a rendszer egyfelől garantálja, hogy a laktációs szaktanácsadó tudása lépést tartson a korrallal, másfelől a számonkért tudásanyag világszerte egységes tartalmat, információkat jelent. A laktációs szaktanácsadó (és a Szoptatásért Magyar Egyesület, valamint a La Leche Liga) munkája során magától értetődő etikai normaként érvényesül, hogy tápszergyártó és/vagy forgalmazó cégtől, cumit, cumisüveget gyártó cégtől adományt, anyagi juttatást, támogatást semmilyen formában sem fogad el, termékeik reklámozásában közvetetten sem vesz részt.

A műhelymunka célja, hogy a résztvevők megértsék és gyakorolják az „utasításos tanácsosztogatás” és az értő figyelem segít-



ségével végzett segítségnyújtás közti különbséget.

A műhelymunka első néhány percében szeretnénk összefoglalni a jelenleg érvényben lévő, a szoptatással kapcsolatos hazai és nemzetközi ajánlásokat, és azokat a módszereket, melyek az ajánlások megvalósításához kellenek. Az egészségügyi dolgozók tudásának állandó frissítése, az anyáknak adott információk helyessége alapvető követelmény.

Az anya-csecsemő pár a szülés időpontjától kezdve segítséget remél a szülésznőtől, csecsemős nővértől, védőnőtől, szülész-nőgyógyász- és gyermekorvostól, a családtól, barátnőtől és szoptatási tanácsadóktól. Vajon kitől milyen segítség várható, az információk és utasítások milyen zuhataga zúdul az anyára, kinek a szavára hallgasson?

Szeretnénk bemutatni az anyával való non-verbális és verbális kommunikációs technikák alkalmazását, az együttérzés és elfogadás módjait, az ítélező kijelentések elkerülését.

ALAPELVEK

A műhelymunka első részében összefoglaljuk azokat az alapelveket, amelyeken munkánk, és a szoptatással kapcsolatos segítségnyújtás alapul. Íme néhány gondolat ezzel kapcsolatosan:

Az információk helyessége, tudományos megalapozottsága

Kiindulópontunk, hogy a szoptatás alapvetően nem egészségügyi, orvosi kérdés. Nem csupán az egyik lehetséges táplálási mód, hanem kapcsolat, vigasz, szeretet is egyben. Ugyanakkor a szülés medikalizált személete és az ebből következő kórházi gyakorlat miatt sajnos sok zavaró tényező zökkentheti ki a természetes kerékvágásból a szoptatás menetét. Az egészségügyi dolgozók szoptatással kapcsolatos alapismeretei folyamatos frissítésre, korszerűsítésre szorulnak. Alapvető az aktuális hazai és nemzetközi szakmai ajánlások ismerete és betartása, ez azonban nem elég: azt is tudni kell, miért éppen ezeket az információkat tarjuk ma helyesnek.

Az anyát elbizonytalanítja, ha ilyesmit hall a védőnőjétől vagy gyermekorvosától: – Igen, ma DIVAT szoptatni (sokáig szoptatni). Azért egy kis teát, almapürét nem árt már hat hónapos kor előtt is adni a babának!

Ugyanígy a kóros helyzetekkel kapcsolatos tudás is állandó frissítésre szorul. A mai napig is gyakran tapasztaljuk, hogy mellgyulladás, tályog esetén abbahagyatják a szoptatást az édesanyával, sőt, tejapasztó gyógyszert kap. Ezzel csupán a tünetek súlyosbodását érik el.

A másik jó példa a bimbóvédő használata. Sok kórházban a szoptatási tanácsadás egyetlen formája, hogy bimbóvédőt adnak el az anyukának, holott a szakdolgozónak nincsenek pontos ismeretei a valós indikációról.

Bármilyen kérdéssel, panasszal fordul is



hozzánk az édesanya vagy a család, elengedhetetlenül fontos, hogy pontos, megalapozott információkat adjunk át, legalább olyan részletességgel, ahogy azt az adott helyzet megkívánja, és minden esetben mérlegeljük, egészségügyi, orvosi problémáról van-e szó. Ennek mérlegelése segíthet a felesleges beavatkozások elkerülésében.

I. Támogatás, kompetencia erősítés

A segítségnyújtás másik alapvető célja, hogy az anyát támogassuk saját döntésének meghozatalában, és abban, hogy problémáját meg tudja oldani. Cél az anya önbizalmának fokozása, szülői kompetenciájának megerősítése.

A megvalósítás módja természetesen különbözhet aszerint, hogy személyes vagy telefonos segítségnyújtás zajlik, a szülés után közvetlenül, a gyermekágyas időszakban vagy otthon, például egyéves szopós kisgyerekek társaságában történik, valamint a probléma természete sem közömbös.

Néhány gondolat arról, milyen módszerekkel érhetjük el ezt a célt:

- Kezeljük egyenrangú félként az édesanyát (bemutatkozás, szemkontaktus, testbeszéd, nyitott kérdések megfogalmazása, alapvető nyitottság a másik fél irányában, a jó szó sokat segít).
- Hallgassuk meg türelmesen, ha a probléma természete megkívánja, készítsünk közben feljegyzéseket, de helyesebb, ha az édesanyára figyelünk, és utólag jegyezzük fel a szükséges adatokat.
- Nyilatkozzunk elismerően erőfeszítéseiről, méltányoljuk, hogy segítséget keres.
- Foglaljuk össze röviden, amit mondott,

és kérdezzünk rá, helyesen értettük-e a kérdést.

- Tegyük fel kérdéseket, s a megfogalmazásnál ügyeljünk arra, hogy ezek ne eldöntendő (igen/nem) kérdések legyenek.
- Személyes találkozásnál mindig kerüljön sor az anya-gyerekek páros kommunikációjának és a szoptatásnak a megfigyelésére. Magyarázzuk el, miért és mit szeretnénk megvizsgálni, és minden esetben kérjünk engedélyt erre.
- Foglaljuk össze véleményünket, a javaslatokat írásban is adjuk át.
- Kérdezzük meg, választ kapott-e a kérdéseire.
- Kérdezzük meg, kivitelezhetőnek tartja-e a kapott javaslatot, vagy valami mással szeretne próbálkozni. (Ha bizonytalannak tűnik, próbáljuk megtudakolni, mi az oka.)
- Ajánljuk fel annak lehetőségét, hogy visszajelezzon a javasolt módszer hatékonyságáról, sikerességéről. Hagyjuk nyitva azt a lehetőséget is, hogy ebben az esetben talán más megoldásra lesz szükség. Kerüljük az ítélezést és az utasítgatást.
- Szánjunk elegendő időt a segítségnyújtásra. Elképzelhető, hogy erre egy óra is kevés.

II. Kompetenciahatárok

A szoptatás körüli segítségnyújtás során adódhatnak olyan helyzetek, amikor úgy érezzük, nem tudunk továbblépni, sejtelmünk sincs a probléma okáról, megoldásáról. Fontos, hogy ilyenkor elismerjük ezt, és tapasztaltabb tanácsadótól kérjünk segítséget.



Számos helyzet létezik, amikor az anya és a baba szempontjából kielégítő eredményhez több szakember együttműködése, tapasztalatcseréje szükséges. Például: az anya szoptatási tanácsadóhoz fordul, mert a baba nem gyarapodik. A szoptatási tanácsadó beszélget az anyával a szoptatási gyakorlatról (gyakoriság, jó mellrehelyezés, cumihasználat stb.), majd megállapítja, hogy a probléma oka nem a szoptatás módjában rejlik. Ezután a gyermekorvos feladata, hogy eldöntse, egészséges-e a baba, nem indokolja-e esetleg fertőzés, fejlődési rendellenesség vagy anyagcserezavar a problémát. A másik gyakori példa az, amikor az édesanya szülés utáni depresszióban szenved, állapota rosszabbodik, s a védőnő vagy szoptatási tanácsadó azt tapasztalja: az anya által érzékelt realitás erősen eltér a valós helyzettől. Természetesen pszichiáterhez kell irányítani az anyát, a történet azonban itt nem ér véget. Érdeklődjünk a folytatás felől az édesanyától és a szakorvostól is. Gyógyszert kell szednie a páciensnek? Szedhető szoptatás mellett? A szükséges információk birtokában ajánljuk fel segítségünket. Lehetséges, hogy szociális munkás, védőnő segítségére is szüksége lehet ebben a helyzetben, hiszen jó, ha a család többi része sem marad szakértő segítség nélkül. Ha az anya bármilyen betegség miatt tartós gyógyszereszedésre szorul, fontos, hogy a gyermekorvos és a kezelőorvos tart-

sák a kapcsolatot, és a gyereknél szükség esetén el lehessen végezni néhány ellenőrző vizsgálatot – ez ma tapasztalataim szerint kifejezetten nehézségekbe ütközik. Az együttműködés és szakemberek közötti tapasztalatcsere sajnos túl gyakran vezet oda, hogy a szoptatást abbahagyatják, ehhez ugyanis nem tartják szükségesnek a konzultációt, és a baba-mama párost kivéve mindenki számára pofonegyszerű.

Saját határainkhoz is elérkezhetünk – emberi értelemben. A szoptatási problémák egy részénél megtorpannak a segítők, akárhány, akármilyen nagy tudású szakembert is vonnak be a probléma kibogozásába. A szükséges információk átadása és a beleérző, támogató meghallgatás, odafigyelés ellenére is azt tapasztaljuk néha, hogy túlságosan mélyre kellene ásni, s inkább hosszas pszichoterápiára, mintsem szoptatási tanácsadásra lenne szükség. Külön művészet úgy kihátrálni ezekből a szituációkból, hogy a hozzánk forduló édesanya mégse érezze magát cserben hagyottnak, sőt, megerősítést kapjon abban, hogy a maga választotta úton merjen és tudjon járni.

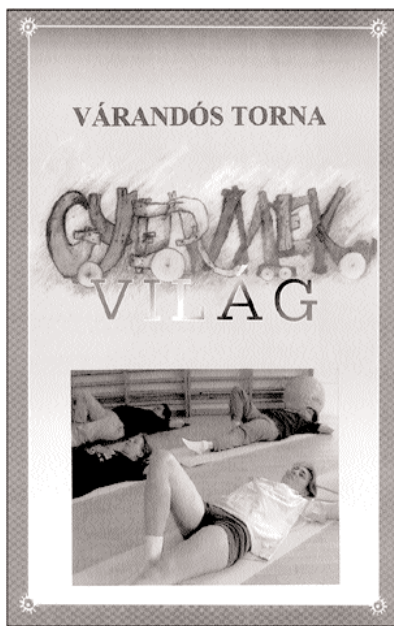
III. Szituációs játékok

A műhelymunka második felében szituációs játékokkal mutatunk be valós szoptatási problémákat és a megoldásukhoz nyújtott támogató segítséget.



Videóajánlatunk

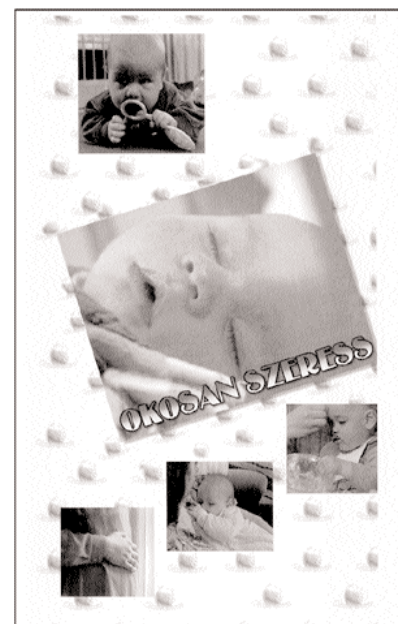
A SZERETET BURKAI című ismeretterjesztő filmmel szeretnénk a leendő szülőket megerősíteni abban, hogy a várandósság, a szülés természetes folyamat, amely együtt jár az örömmel, a szorongással, a félelemmel. A program Ferenczi Sándor, Hermann Imre, Kelen Ilona által kidolgozott tudományos alapokra, valamint Németh Tünde és a családbarát munkacsoport gyakorlati tapasztalatára épül.



VÁRANDÓS TORNA – a gyermekvárás alatt is elengedhetetlen a jó kondíció, a rendszeres mozgás. Szabó Ágnes gyógytornász segítségével, otthon is végezhető gyakorlatokra hívjuk a kismamákat.

OKOSAN SZERESS – Dr. Németh Tünde csecsemő- és gyermekgyógyász, pszichoterapeuta szakorvos és Tárnoki Erzsébet csecsemő- és gyermekgondozó, pszichopedagógus – úgyis, mint gyakorló szülők – ezzel a kazettával szemléleti és gondozási segítséget szeretnének nyújtani a családoknak.

*A műsoros videokazetták megrendelhetők
2000 Ft + Áfa áron a Label84 Videó Stúdiótól.
Cím: 1161 Budapest, Szent István u. 11. Tél.: 401-0912
E-mail: label84@axelero.hu*





Egészséges Utódokért Alapítvány

Alapítványunk 1990 óta működik, 1999 óta közhasznú szervezetként. Fő célunk a preventációs eljárások bevezetésének és elterjesztésének elősegítése, annak érdekében, hogy gyermekeink egészségesen születhessenek, és hogy egészségüket a későbbiekben is meg tudjuk őrizni.

Tevékenységünkkel támogatjuk az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet munkáját. A közeljövő tervei között szerepel a főváros XIV. kerületében (az Alapítvány székhelye is itt van) elterjeszteni azokat a preventációs programokat, amelyeknek eredményessége egyértelműen bebizonyosodott. Szeretnénk valamit tenni „szűkebb pátriánk” egészségügyi paramétereinek javításáért, ezért támogatjuk a preventációs programok elterjesztését. Az általunk támogatott programok:

1. Családtervezési Program, amely a fogamzás előtt három hónappal kezdődik és a várandósság harmadik hónapjáig tart. Lényege a fogamzásra való megfelelő felkészülés és ezzel az anyai és magzati kockázat csökkentése, beleértve a veleszületett rendellenességek preventióját.
2. Betegségmegelőző Programok, melyek egyénre, családra szabott, korai kezdetű preventiót jelentenek, s a szív- és érrendszeri betegségek, az allergiás betegségek és a depresszió megelőzését célozzák.

Céljaink megvalósításához pályázati pénzeket, az adózók 1%-os felajánlásait, egyéni és intézményi támogatási összegeket használunk fel.

Kérjük, amennyiben lehetősége van, támogassa Alapítványunkat!

Számlaszám: 10200823-22216083-00000000

Adószám: 19021179-1-42

Címünk: Budapest, 1148 Bolgárkerék utca 3.

Telefonszámaink: 06-1/383-8477, 06-1/363-5272, 06-1/363-2229

Kapcsolattartó: Dr. Dobó Márta, alapítványi titkár.



Tartalom

Köszöntő	3
A konferencia programja	6
Bemutkozik az Országos Gyermkegészségügyi Intézet	8
A család egészsége a szocializáció tükrében	14
A mozgás, a játék-öröm és egészség	21
Komplex betegségek megelőzése	25
Gyógyító szavak	29
Kapcsolataink elemzése	33
Gyermekek jól-léte, életmódja és a család – egy egészségmagatartás kutatás tükrében	37
Partnerség a családokért – A civil szektor fejlődése	41
Kinek a társa a dúla?	44
Az egészséges generációért	47
Átélt élményeink	50
Az alapellátásban dolgozók egészsége	54
Családi krízisek és gyermekelhelyezési perek	58
Szerepek – stressz – szupervízió	63
Nőtípusok és az anyaság	68
Életminőségfejlesztés az egészségesebb életért	72
A-HA!	
Országos szexuális és mentálhigiénés felvilágosító program	76
Tanácsadás helyett támogatás	81



EDDIGI CSALÁDBARÁT KONFERENCIÁK TÉMÁI

- | | | |
|-------|------|--|
| I. | 1995 | A rooming-in különböző vetületei Magyarországon |
| II. | 1996 | A korai hazaadás lehetőségei hazánkban |
| III. | 1997 | Másság – Ki?...Mikor?...Hogyan?...mondja meg |
| IV. | 1998 | A primer prevenció és minőségfejlesztés az egészségügyben |
| V. | 1999 | Várandósgondozás és az örökbeadás-örökbefogadás kérdései
Gyász a szeretetben és a családban |
| VI. | 2000 | Köszöntés helyett búcsú – Veszteségeink és a perinatális gyász |
| VII. | 2001 | Tükör – A szülés és a születés élménye |
| VIII. | 2002 | „A család mint egység, mint érték” |
| IX. | 2003 | (Félre)értjük-e a csecsemő jelzéseit? |
| X. | 2004 | Egészség – Jövőkép; Egészséges generáció; Az egészség dimenziói |

Kiadja: Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, 1113 Budapest, Diószegi u. 64.

Felelős kiadó: Dr. Mészner Zsófia főigazgató

Szerkesztő: Dr. Németh Tünde, Jobbágy Mária, Bürger Nóra

Kivitelezés: *fotogOLB*^{KA} Nyomda, Gyál

