

Fehér Boróka – Lengyel Lea:
Várandósan, hajléktalanként – Terhesség, szülés hajléktalan
élethelyzetben

Absztrakt

Tanulmányunk a hajléktalan élethelyzetben élő nők várandósságának sajátosságait és az őket támogató szociális munka kihívásait vizsgálja. A nemzetközi és hazai szakirodalom egyaránt rámutat arra, hogy például a mélyszegénység, a bántalmazás, a bizonytalan lakhatás és a gyermekkori traumák is jelentősen befolyásolják a várandósság és az anyai szerep megélését, valamint a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseket. Írásunk áttekinti a hajléktalan vagy más szempontból sérülékeny csoportok várandósságával kapcsolatos ismereteket, bemutatja a várandósgondozás hazai protokollját, majd két esettanulmány segítségével elemzi, hogy speciális igényeik kielégítése milyen nehézségekbe ütközik a hajléktalanság és a hajléktalanellátó intézményrendszer keretei között. Célunk annak feltárása, hogy a hajléktalan várandós nők milyen sajátos szükségletekkel, akadályokkal és döntési kényszerekkel szembesülnek, valamint szakmai javaslatok megfogalmazása, amelyek hozzájárulhatnak a célcsoport szükségleteire érzékenyebb ellátási formák kialakításához. Megállapításaink a hajléktalanellátáson túl más, interszekcionális hátrányokkal érintett várandós nőket támogató szolgáltatások számára is hasznosak lehetnek.

Kulcsszavak: várandós, hajléktalan nő, gender, interszekcionalitás, anyaság, hajléktalanság

Abstract

Our study examines the specific characteristics of pregnancy among women experiencing homelessness and the challenges faced by social workers supporting them. Both international and Hungarian literature highlight that factors such as extreme poverty, abuse, housing insecurity, and childhood trauma significantly influence how women experience pregnancy, the construction of maternal identity, and decisions related to childbearing. The paper reviews existing knowledge on pregnancy among homeless women and other vulnerable groups, outlines the Hungarian protocol for prenatal care, and, through two case studies, analyses the difficulties of meeting these women's specific needs within the context of homelessness and the institutional framework of homeless services. Our aim is to explore the unique needs, barriers, and decision-making dilemmas faced by pregnant women experiencing homelessness, while also proposing professional recommendations that could contribute to the development of more needs-sensitive forms of support. Our findings may be relevant not only for homeless services but also for other professionals and organizations working with pregnant women affected by intersecting forms of disadvantage.

Key words: pregnancy, homeless women, gender, intersectionality, maternity, homelessness

Bevezetés

Tanulmányunkban a hajléktalan élethelyzetű nők várandósságát járjuk körbe. Korábbi kutatásunk, mely a hajléktalanság átörökítését, a vizsgált családtagoknál ismétlődően megjelenő sérüléseket és megküzdési stratégiákat tárta fel, bizonyította, hogy a gyermekkori környezet, az elsődleges szocializáció szerepe mennyire fontos (Fehér – Lengyel, 2024). Egy rendszerváltás előtt nem sokkal készült tanulmány szintén hasonló eredményekre jutott, mikor huszonöt olyan Pest megyei család körében végeztek kvalitatív kutatást, ahonnan legalább egy gyermeket kiemeltek. A lakhatási körülmények elégtelensége mellett hangsúlyozták a stabilitás és a biztonság hiányát. A vizsgált nők esetében kitűnt, hogy az első szexuális aktust családon belüli személlyel (főként nevelőapával) vagy olyan férfivel élték át, akitől függtek (pl. főnök, szállásadó). Az intim együttlétet jó részük nem tartja örömteli dolognak, általában nem is kapcsolódnak hozzá, a vonatkozó érzelmekre irányuló kérdéseket nem értették. A szexualitás esetükben erősen összefonódik a nem kívánt terhességekkel, mivel a fogamzásgátlást vagy nem ismerik, vagy valamiért kellemetlennek tartják. A várandósság idején sokan a gyermeket teherként élik meg, főként félelemből nem tartanak kapcsolatot sem orvossal, sem védőnővel. Jellemző, hogy az első gyermek esetében a szüléssel kapcsolatos jeleket nem ismerik fel, így általában otthon, sok esetben képzett segítség jelenléte nélkül szülnek (Hanák, 1991). Egy másik, negyvenfős mintán végzett felmérésbe, mely a szülésélményt és a gyermekvállalási hajlandóságot vizsgálta, kizárólag felső- és középfokú végzettséggel rendelkező anyák kerültek. Itt már a gyermektervezésnél megjelenik az anyagi biztonság megteremtésének igénye – mely a legtöbb esetben meg is valósul az első gyermek megfogánása előtt, az orvos pedig a szaktudás által biztonságot, kötődést jelentett a várandós nők számára. A terhesség időszakában is nagy eltérések mutatkoztak, hiszen a középosztálybeli nők idővel abbahagyták a munkát, míg a mélyszegénységben élők Hanák mintájából sok esetben mindvégig dolgoztak (Kisdi, 2016).

A szülők összetett problémái, a nem megfelelő lakhatási és anyagi körülmények veszélyeztető hatással vannak a gyermekek fizikai és érzelmi fejlődésére. Ezekre a családokra nagyobb arányban jellemző az átlagosnál nagyobb családnagyság, az inkongruens családi állapot, illetve a család védelmező funkciójának hiánya. Mindezek miatt a családi kapcsolatok gyakran konfliktusokkal teliek, melyeket gyakran erőszakkal vagy más deviáns megoldásokkal igyekeznek feloldani. „A gyermekvédelem látószögébe kerülő, és a hatósági beavatkozások számára kiválasztódó, veszélyeztető családok túlnyomó többségénél a társadalmi munkamegosztás rendjében elfoglalt alacsony státushoz kedvezőtlen anyagi és lakáskörülmények, valamint az alkoholizmussal párosuló sajátos életmód társul” (Kerecsi, 1995: 42). Maga a veszélyeztetettség a törvény szerint: „olyan – a gyermek vagy más személy által tanúsított – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza” (1997. évi XXXI. törvény: 5. §).

Jelen kutatásunk különösen fontos a szociális munka gyakorlatának szempontjából, hiszen a hajléktalan emberek között egyre több nő van, akik között nagyobb arányban vannak jelen az édesanyák, mint a gyermektelenek. Egyet kell értenünk azzal a megközelítéssel, mely szerint „anyának lenni mindig azt jelenti, hogy valakinek az anyjának lenni. Az anyaság ennél

fogva nem tulajdonság, vagy szubsztancia, hanem relatív pozíció. Egy olyan pozíció, amely csak a gyermek vagy gyermekek viszonyában értelmezhető” (Csányi – Kerényi, 2018: 137). Korábbi kutatásainkban azt tártuk fel, milyen problémákkal küzdenek a hajléktalan nők, hogyan jelennek meg édesanyaként, milyen a gyermekeikkel való kapcsolatuk (Fehér – Lengyel, 2023a; 2023b), most pedig azt a speciális helyzetet tárjuk fel, amikor hajléktalanként válnak édesanyává, azaz nem múltbéli gyermekkel való kapcsolat és önmeghatározás vagy társadalmi kép él róluk, hanem jelen idejűleg keresik saját válaszaikat, női-anyai identitásukat, mindezt úgy, hogy egy intézmény lakói, így jelenlétükkel a sorstársakra és a dolgozókra is hatással vannak, mert a szemük előtt válnak (ismét) valakinek az anyjává.

Tanulmányunkban bemutatjuk a hajléktalan anyákkal kapcsolatos adatokat, a sérülékeny csoportok várandósságát, a várandósgondozás normatív lépéseit, majd két esettanulmánnyal illusztráljuk, hogy ezek a normák hogyan ütköznek a hajléktalanság kontextusában. A hajléktalan élethelyzetű várandós nőkről hazánkban (és a világban máshol is) kevés adat áll rendelkezésünkre, így olyan szakirodalmak közül válogattunk, amelyek a hajléktalansággal oly gyakran összefüggő interszekcionális hátrányok valamelyikével – szegénység, bántalmazás, kisebbségi lét stb. – kapcsolatosak.

Írásunk végén javaslatokat fogalmazunk meg a hajléktalan élethelyzetű várandós nők szükségletei szerinti ellátására, reflektálva mindazokra a halmozott hátrányokra, melyekkel ez a célcsoport rendelkezik. A megfogalmazott fejlesztések, a szemléletváltás azonban nemcsak a hajléktalanellátás számára lehetnek érdekesek, hanem mindazon intézményeknek is segítséget nyújthatnak, amelyek hasonlóan atipikus terhességekkel találkoznak, vagy amelyek ellátottjai erősebben érintettek az interszekcionalitás által.

Hajléktalan nők és az anyaság

A hajléktalan nők és az anyaság, különösen a hajléktalanságban megélt várandósság témáját érdemes tágabb kontextusban tárgyalni. Elsőként meghatározzuk ennek az interszekcionalitásban erősen érintett csoportnak a lélekszámát – már amennyire ezt egyáltalán meg tudjuk tenni, hiszen a nők körében nagyobb arányú a láthatatlan hajléktalanság, mint a férfiakéban. Az esetek nagy részében nem tervezett terhességről beszélünk, így fontosnak látjuk bemutatni azt a tudást, amivel a hajléktalan nők a szexuális életről és a fogamzásgátlásról rendelkeznek. Bár körükben nem készült vonatkozó adatfelvétel, ám mivel több szempontból is hasonlítanak a mélyszegénységben élő nőkhez, az ő ismereteiket használjuk fel. Maga a lakástalanság, illetve az egyéb nehézségek, például a (korábbi) bántalmazó kapcsolat, a gyermekeik nem kiegyensúlyozott légköre olyan lenyomatokat hagynak a nőkön - például a testi „tünetek” figyelmen kívül hagyása -, melyek nagyon hasonlatossá teszik őket a szerhasználó vagy egykori szenvedélybeteg nőkhez, ezért az általunk atipikus terhességként definiált állapotról is szót ejtünk. Kiemelten fontosnak tartjuk a kismamák körül jelenlévők, a támogató hálózat szereplőinek bemutatását, így az „intézményi” szereplők mellett a magzat édesapjára is kitérünk. Ahogy minden várandósságnak, a hajléktalan nők terhességének is többféle útja lehet, hiszen törvényileg meghatározott ideig dönthetnek a terhességmegszakítás mellett, illetve a szülés után is több választási lehetőségük van: törekedhetnek arra, hogy maguk neveljék a gyermeket; örökbe

adhatják a babát; érdemi előrelépés nélkül pedig állami gondoskodásba kerülhet az újszülött. Ezeket a lehetőségeket is bemutatjuk.

Adatok

A magyar szociális ellátórendszer felépítése miatt a hajléktalan emberekkel, így a nőkkel kapcsolatos adatokat elsősorban a hajléktalanellátó intézményekben éjszakázókról és a közterületen (kunyhókban, nem lakás céljára szolgáló helyiségben vagy ténylegesen az utcán) élők körében gyűjtik évről évre az ún. F3¹ kutatás keretében. A családok átmeneti otthonaiban élő kisgyermekes családokról nincs hasonló rendszerességű és átfogó adatgyűjtés. 2024-ben és 2025-ben ugyan Budapesten, illetve Debrecenben bevették őket is az F3 vizsgálatba², ám az ő helyzetük és az ellátás sajátosságai miatt itt mégsem tárgyaljuk őket, ahogyan az ellátások számára „láthatatlan”, de biztos lakhatással nem rendelkező nőket sem. Az F3 kutatás adatai alapján tudható, hogy a fenti, szűken értelmezett hajléktalan élethelyzetben élő nőknek a magyar átlagnál több gyermekük van, és az is, hogy minden tizedik nőnek a nagykorú gyermeke is hajléktalan (Györi, 2017). 2025-ben a budapesti közterületen és valamilyen szállón éjszakázók 18%-a, mintegy 400 ember; mondta azt, hogy van legalább egy kiskorú gyermeke, a nők között kicsivel többen. A legnagyobb eltérés a közterületen élő nők esetében van: a 49 évnél fiatalabb, közterületen élő nők közel felének van kiskorú gyermeke, s a 29 év alatti 22 női válaszadó fele közterületen élt (Saját elemzés).

A hajléktalan nők számára ugyanúgy az akár kiskorú, akár már felnőtt gyermekeik és unokáik a büszkeség forrásai, mint az anyáknak általában: az, hogy a nehéz körülmények között is felnevelték őket, taníttatták, vagy ha nem is ők nevelték, a gyerekek megállnak a lábukon. A gyerekek a szégyennél is megjelennek – a legtöbb hajléktalan nő azt szégyelli, hogy nem ő nevelte gyermekét, vagy nem tudja támogatni ő(ke)t (Fehér – Kovács, 2018).

Nők hajléktalan élethelyzetben is esnek teherbe, ugyanakkor a téma érzékenysége – és vélelmezett mérete – miatt kevés adat áll rendelkezésünkre. A már fent említett adatgyűjtés során a jövővel kapcsolatos célok között például a 2299 nő közül 14 mondta, hogy szeretne gyermeket szülni. Egy 2018-as, a BMSZKI hajléktalanellátó intézményeit használó nők körében végzett felmérés 301 különböző korú válaszadója közül 36-an mondták, hogy voltak várandósak, amióta hajléktalanná váltak, 20 nő esett át abortuszon, 19 nő pedig spontán elvetélt (Fehér 2018). Mivel a kérdőív nem önkitöltős volt, hanem erre külön felkészített szociális munkás nők kérdezték végig, valószínűsíthető, hogy az arány ennél magasabb. Bár nemenkénti bontásban ezzel kapcsolatos adat nem áll rendelkezésünkre, a BMSZKI átmeneti szállóin lakók 4,3%-a, az éjjeli menedékhelyeken éjszakázók 5,5%-a mondta, hogy született gyermeke hajléktalanná válása óta (Breitner – Pataki, 2024). A BMSZKI Traumatudatos nőgyógyászati rendelőjében³ a 230 vizsgálatnak kb. egyharmada várandóssághoz kapcsolódik (Lánszki, 2024).

¹ A Február 3 (a továbbiakban F3 kutatás) egy országos kérdőíves felmérés hajléktalanszállón és közterületen élő emberek körében, amely évek óta február 3-án zajlik.

² Lásd <https://mri.hu/2024okt3-adatfelvetel/>

³ Mivel a hajléktalan élethelyzetű nők kétharmada korábbi traumák, illetve az egészségügyi ellátó rendszer hiányosságai – elérhetetlensége, előítéletessége stb. – miatt nem vesz részt rendszeres nőgyógyászati szűrővizsgálatokon (Fehér 2018), a BMSZKI-ban létrehoztak egy traumatudatos nőgyógyászati rendelőt, ahol

Szexuális élet, tudatosság az intimitásban

Tapasztalataink szerint a hajléktalan nők szexualitásról, nemi betegségekről és az intimitásban megélt biztonságról való ismeretei olykor nagyon hiányosak. Ez pedig szorosan összefügg azzal, hogy a szexuális együttlét mit jelent számukra, mennyire tudnak benne örömet megélni, mennyire tekintik ezt egyfajta kötelező szolgáltatnak, egyáltalán mennyire vannak kiszolgáltatva a partnerüknek. Ennek egyik része az is, mennyit tudnak a fogamzásgátlási módszerekről. A nők számára elérhető fogamzásgátló tabletták nagy tudatosságot igényelnek, hiszen azokat rendszeresen kell szedni, illetve felírásuk is kapcsolattartást igényel az orvossal. A nőgyógyászati kérdések tudatosabbá tételében segít többek között az a traumatudatos nőgyógyászati rendelő, mely nemcsak a BMSZKI intézményeit igénybe vevői, hanem bármely hajléktalan élethelyzetű nő számára elérhető. A teherbeesés, illetve a nemi úton terjedő betegségek megelőzésének másik módszere az óvszer használata lenne, mely azonban szintén kevés esetben merül fel. Korábbi kutatásaink rávilágítottak, hogy a hajléktalan nők kiszolgáltatottabbak a férfiaknál, melynek egyik eleme a párkapcsolaton belüli egyenlőtlenség. Ez a megállapítás azonban a szexualitásra is kiterjeszthető, hiszen a védekezés hiányának következményei jobban hatnak a nőkre, mint a férfiakra – még akkor is, ha a nemi úton terjedő betegségek mindkét fél számára veszélyesek. Ahhoz, hogy jobban megértsük, hogyan is viszonyulnak a nők a védekezés kérdéséhez, más mélységűségben élő csoportok körében végzett kutatások eredményeit mutatjuk be, hiszen bár a hajléktalan nők lakhatási körülményei kicsit mások, több demográfiai adatuk (pl. iskolázottság) megegyezik.

Egy kutatás eredményei szerint a hátrányos helyzetű fiatalok fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretei hiányosak (és főként a nem kívánt terhességek megelőzésére koncentrálnak, mivel a nemi úton terjedő betegségeket kevésbé ismerik), de magáról a szexualitásról is kevés információval rendelkeznek (Szilágyi – Rucska, 2017). A szexualitással kapcsolatos kevés ismeret, a fogamzásgátlással való kevés tapasztalat tekinthető egy folyamat eredményének, hiszen egy kutatás szerint a roma lányok esetében jellemző, hogy az első menstruáció után kaptak arról információt, mi történik velük, de akkor is átszötte a magyarázatot a szégyenkezés, a női test tabusítása (Neményi, 1998).

Egy kvalitatív kutatás arra világított rá, hogy miskolci gettóban élő lányok fogamzásgátlási ismereteiket főként a kapcsolati hálójukon keresztül szerzik, s az, hogy van tudásuk, még nem jelenti azt, hogy alkalmazzák is az elérhető lehetőségeket, főként a tévhitek miatt. Mindezt elsősorban nem a roma identitásuk vagy a kultúra határozza meg, hanem a szociális viszonyaik, ennek következtében a társadalmi kirekesztődés egyik jele a korai gyermekvállalás (Gyukits, 2003).

Bár nincs arról adat, hogy a magyar hajléktalan nők milyen arányban éltek át bántalmazást, egy francia kutatás szerint a hajléktalanszállón élő nők 94%-a élt már át bántalmazást (sőt, minden ötödik nő a szállón is szenvedett el atrocitást) (Miraiglaise et al., 2021). Egy magyarországi, 2002-es reprezentatív felmérés adatai szerint a mintába került közel hétezer nő közel 10%-át érte már fizikai bántalmazás élete során partnere vagy egyéb

rokona, családtagja részéről. Ez is felelős lehetett a későbbi reprodukciós zavarokért, valamint szignifikáns összefüggés mutatkozott a valamikori bántalmazottság és a spontán vetélés, veszélyeztetett terhesség, az abortusz és a fájdalmas menstruáció között. A gyermekkorban szülő vagy más rokon általi bántalmazás és a felnőttkori reprodukciós zavar összefügghet amiatt, hogy a szocializáció során a nő elfogadóvá vált azzal kapcsolatban, hogy egy párkapcsolatnak része a bántalmazás, így felnőttként nem kerüli ezeket a helyzeteket, de akár a bántalmazotti lét mentális terhei is szerepet játszhatnak (Györffy et al., 2010).

Várandósság és atipikus terhesség

A várandósság időszakában az anyák rengeteg testi és lelki hatást élnek meg, azonban ezek a változások jellemzően máshogy hatnak azokra a nőkre, akik tervezetten és örömmel várnak gyermeket, mint akiknek a terhessége valami miatt eltér az általános társadalmi normától. Ahogy az esetbemutatókból is kirajzolódik, egy hajléktalan nő várandósságát végigkísérik a kétségek, a megoldandó feladatok és a bizonytalanság arra vonatkozóan, teljesül-e a vágya, hogy gyermekét maga nevelje. Éppen ezért fontosnak tartjuk bemutatni, milyen változások zajlanak a várandósság idején, s egy-egy speciális célcsoport vizsgálatánál milyen különbségeket találtak.

A várandósság idejét három egyenlő szakaszra osztjuk, melyek közül mindegyikben más kerül a fókuszba. Az első trimeszterben tudatosul az anyában, hogy gyermeket vár, és formálódik az anyasággal kapcsolatos énképe. A gyermekvárással kapcsolatos érzésekre hatással van többek között a fogantatás mikéntje, az, hogy tervezett várandósságról van-e szó. A második trimeszter a befelé fordulás időszaka, a magzati mozgás érzékelése segíti az anyát a gyermek létének tudatosításában. A harmadik trimeszter fókuszában a szülés áll, az anya egyre inkább vágyik a biztonságra és a védettségre, miközben megjelenhet akár a saját, akár a gyermek halálával kapcsolatos félelem is (Andrek, 2019). Jelen tanulmányunkban arra is keressük a választ, mennyiben más a fent említett folyamat abban az esetben, ha a várandósság alapvető lakhatási nehézségekkel társul, illetve mi a feladata a szociális munkásnak mint segítő személynek ebben az élethelyzetben.

A hajléktalan emberek közel harmada (Györi, 2020) érintett valamilyen mentális problémában. Korábbi kutatásaink eredményei szerint ezek sokszor nem diagnosztizált vagy csak gyógyszerrel kezelt terhek, a valós feloldást és megdolgozást jelentő pszichológiai, terápiás lehetőségek nem vagy csak nagyon korlátozott számban érhetőek el, illetve ahogy a fizikai egészségről (Rákossy – Szeitl, 2018), a mentálisról is kevés ismerettel rendelkezik a célcsoport. A terhesség növelheti a mentális tüneteket, csökkentheti a stabilitást, ami a hajléktalan nőkhöz hasonló szegénységben élő anyáknál is megfigyelhető. A várandósság önmagában egy normatív krízis, amely olyan mértékű alkalmazkodást igényel, ami vezethet mentális tünetekhez, leggyakrabban depresszióhoz és szorongásos zavarhoz. A Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat eredményei szerint mindkét pszichés állapotnál összefüggés mutatkozik az alábbi tényezőkkel: alacsony iskolai végzettség, legalább harmadik gyermek születése, nem tervezett várandósság és ehhez kapcsolódó bizonytalanság. Azaz a várandósság alatti depresszió és szorongás összefüggést mutat a szocio-ökológiai tényezőkkel, legszorosabban azzal, ha az anyának a várandósság idején nem volt vele egy

háztartásban élő partnere (Kopcsó, 2020). Amennyiben a terhesség nem tervezett, már az első trimeszter alatt megjelenhetnek a depresszió tünetei, ami később növeli a koraszülés kockázatát. A kismama hangulatát erősen befolyásolja a szociális közege, a támogatás, az apa megléte vagy hiánya. Egy hazai kutatás összefüggést mutatott ki a depresszív tünetek megjelenése és az anyagi helyzet között mind a várandósság alatt, mind a szülés után: az anyagi gondokban érintettek körében sokkal jellemzőbb a tünetek megjelenése- (Náfrádiné, 2012). Egy korábbi vizsgálat a fentiekén túl kiemelte, hogy az alacsony anyai önértékelés miatt magasabb a stressz-szint, így a magzat növekedése csökkenhet, valamint a depresszió növelte a dohányzás gyakoriságát (Bödecs, 2010).

A korábbi traumák, nem megfelelő családi minták, a pszichológiai támogatás hiánya mind erősíthetik azokat a megküzdési módokat, melyek a függőségekben jelennek meg. Ugyanakkor az anya függősége rossz hatással van a magzat fejlődésére és növeli a koraszülés esélyét. Egy hátrányos helyzetű térségben végzett kutatás szerint a várandós nők 75%-a érintett dohányzásban vagy gyógyszerfüggőségben (Dolovics – Rucska, 2024). Az anya alkoholfüggősége magzati alkohol szindrómához, de akár a magzat halálához is vezethet. A magzat fejlődését befolyásolja, hogy az ártalom mikor, milyen mértékben és mennyire krónikusan érte. A várandósság alatti dohányzás nemcsak a koraszülés kockázatát növeli, de hat a légzésért és a keringésért felelős szervekre, valamint károsíthatja a központi idegrendszert is (Kalmár, 2011). A drogfogyasztás és a várandósság kapcsolatáról kevés információ áll rendelkezésünkre, a probléma nagyságát sem tudjuk. A várandósság alatti szerhasználat ugyanakkor nagyon stigmatizáló, így a kismamák gyakran nem mernek segítséget kérni, akár a várandósgondozást is kerülik és „mélységes magányt élnek meg” (Tománé, 2020).

Bár a káros szenvedélyeknek egyértelműen negatív hatásuk van a magzat és az újszülött egészségére, fontos kiemelni, hogy emellett a társadalmi és környezeti tényezők is jelentős befolyással bírnak. Szerhasználó várandós nők és édesanyák körében végzett kutatás eredményei világítanak rá, hogy a terhesség észlelése gyakran azután történik, mikor annak megszakítása már nem lehetséges. Az általánosnak mondható folyamatokon kívül (pl. én- és jövőkép változása) erősen megjelent az ellátórendszerrel való kapcsolat témája is. Szintén közös vonás a szerhasználó és a hajléktalan várandós nőkben az anyagi bizonytalanság, főként, ha az apa nem vállalja a gyermeket, és az addigi párra való hagyatkozás helyébe az önállóság kialakításának feladata hárul a nőre, akit egyébként is terhel a stigmatizáció. Utóbbival kapcsolatos erős megélésük, hogy a társadalom, a családtagok, az egészségügyi és a szociális ellátórendszer olyan elvárásokat támaszt feléjük, melyeknek úgy érzik, nem tudnak megfelelni, és az befolyásolja az anyasággal kapcsolatos viszonyukat (Kaló, 2019). Ugyanakkor előfordul, hogy a saját csoportjuk részéről is megbélyegzést élnek meg (Csorba et al., 2011), ami a várandós hajléktalan nők esetében is megfigyelhető. S talán a sok negatív megélés és teher mellett abban is hasonlítanak a szerhasználó (Kaló, 2020) és a hajléktalan várandós nők, hogy a (sokszor nem tervezett) gyermek érkezése egyfajta fordulópontot jelent az életükben, s erőforrásként, életük változásának mozgatórugójaként tudják értelmezni és használni, hogy gyermekük születik, akiért mindent meg kell tenniük – csak míg az előbbi csoportban a józanság áll a fókuszban, úgy az utóbbinál a lakhatás legalább ideiglenes rendezése.

Kismamák és támogató hálózatuk

Védőnők és terhesgondozás

Magyarországon a védőnői ellátást a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet szabályozza, melynek 1. §-ban szerepel, hogy „a védőnő, a védőnői szolgáltatás nem választható”, bár összeférhetetlenség esetén kérhető másik védőnő kijelölése. A védőnői szolgálat a várandósgondozás komplex rendszerébe tartozik, melyet a 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet szabályoz. Ennek az egészségügyi szolgáltatásnak részese a védőnő mellett a házi orvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, illetve maga a várandós (1. §). Utóbbi rendelet bár megemlíti a magas rizikófaktorú várandósságot, azt konkrétan nem definiálja, így arra sem tér ki, ha szociális vagy környezeti alapon veszélyeztetett a várandós nő vagy a magzat. A 2015. évi CXXIII. törvény a védőnői ellátás megelőző ellátások körében vállalt feladatait is meghatározza, melyben a harmadlagos megelőzés keretében említést tesz a szociális hátrányról is: „a tartós megbetegedésben, fogyatékkal, hátrányos helyzetben élő személyek, családok fokozott gondozására, egészségi állapotuk, szociális helyzetük és környezetük nyomon követésére, az elfogadható körülmények és életvitel kialakításában történő segítségnyújtásra irányul” (16. §).

Mindezekből látszik, hogy a várandósokat segítő védőnői hálózat elsősorban egészségügyi ellátást foglal magában, a szociális helyzettel vagy akár a hátrányos helyzettel való munka mellett kevésbé köteleződik el. A Védőnői Szakfelügyelői Iránymutatás tér ki arra, mit jelent a szociális válsághelyzet egy várandós nő esetében. Eszerint „olyan családi, környezeti, társadalmi helyzet vagy ezek következtében kialakult állapot, amely a várandós anya testi vagy lelki megrendülését, társadalmi ellehetetlenülését okozza, és ezáltal veszélyezteti a magzati fejlődést, a gyermek egészséges megszületését” (ÁNTSZ 2010: 5). Egy fokozott gondozást igénylő várandós nők támogatásáról szóló kötet azonban kiemeli, hogy „a szociális, környezeti ok miatti veszélyeztetettség meghatározása túl általános, országosan nem egységesen használt fogalom. A védőnőnek ugyan kiemelten kell figyelnie a várandós lakás-, anyagi- és munkakörülményeit, ezáltal segítve a várandósság zavartalan folyamatát, ugyanakkor nem állnak rendelkezésére egzakt szempontok a szociális, környezeti veszélyeztetettség megítélésére” (Kereki – Vargáné, 2014: 6-7).

Az 1997. évi XXXI. törvény a védőnői szolgálatot a gyermekvédelemhez kapcsolódó feladatok ellátásáért felelős egészségügyi szereplők közé sorolja, melyek közé tartozik „a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében” (17. §). Szintén ez a törvény mondja ki, hogy a gyermeket súlyosan veszélyeztető ok, ha a gondozó szülő megtagadja például a védőnői szolgálattal való együttműködést (130/A. §). Az esetleges családok átmeneti otthonában történő elhelyezés a gyermekjóléti szolgáltatás feladatkörébe tartozik (39. §).

A védőnői szolgálat egészségüghöz való rendelése, ugyanakkor a gyermekvédelemmel való szoros kapcsolata nemcsak a definíciós kérdésekben okoz elakadást. Egy kutatás azt találta, hogy a védőnővel való együttműködésre a stigmatizált csoportok esetében erősen hathat a bizalmatlanság, pont amiatt, mert sokan a gyámhivatallal keverik össze a védőnőket (Kaló – Rácz, 2011), míg a szegregátumi mintában az elutasításban része volt annak is, hogy a kisgyermekek gondozása tradicionálisan női feladat, amit a családon belül mindig megoldanak, ezért nem tartanak igényt például a védőnő szoptatási

tanácsadására (Takács 2021). Emellett is számos kutatás bizonyította, hogy a szocioökonómiai státusz hatással van a szülés körüli tapasztalatokra. Nemcsak a negatív szülésélménnyel van összefüggésben, hanem már a várandósgondozásba történő bevonódással, illetve az újszülött gondozásával is (Udvari 2023). A nők általában a terhességük ötödik hetében észlelik, hogy várandósak, és a gondozásba vételük a védőnőnél átlagosan a tizenegyedik héten történik, ez azonban a rosszabb háttérű anyák esetében kitolódik (Szabó – Veroszta, 2021). A szakrendeléseken való megjelenés persze nem csak szándék kérdése, sok esetben a földrajzi távolság, a ritka, rendeléshez nem igazodó helyi járatok és az útiköltség okozza a távolmaradást (Bodrogi, 2016).

A védőnővel való kapcsolattartás nemcsak a várandósság idejét befolyásolhatja, hanem akár a szülést is, mivel vélhetően máshogy fogadnak egy nem gondozott terhességből érkező kismamát. Roma édesanyák körében végzett vizsgálat adatai szerint a nem roma populációhoz képest szignifikánsan nagyobb arányuk nem tervezte vagy későbbre tervezte a gyermekvállalást, illetve jellemzőbb, hogy csak a második trimeszterben kerül sor a védőnői gondozásba vételre, így a szűrővizsgálatokon való megjelenések is elcsúsznak, egyesek kimaradhatnak. A kutatás arra az eredményre jutott, hogy a szülés közbeni rosszabb bánásmód nemcsak a roma nőket érinti, hanem a kedvezőtlenebb szocio-ökonómiai helyzetűeket is (Szabó – Veroszta, 2022). A fenti félelmeken és tradicionális okokon alapuló távolmaradás mellett problémát jelent, hogy a roma nők sok esetben nem értik, egyes vizsgálatokon mi történik velük, érdekeiket nem tudják érvényre juttatni, gyermekvállalásukat sokszor felelőtlenységnek tekinti az egészségügyi rendszer, ezért gyakori a rossz bánásmód, megbélyegzés (Gyukits, 2000).

Kisapák

Amellett, hogy a hajléktalan nők terhessége a legtöbb esetben nem tervezett, lakhatási körülményeik meg sem közelítik az optimálisat, a támogató társkapcsolat is sokszor hiányzik. Egy éjjeli menedékhelyen és közterületen élő hajléktalan nők körében végzett kutatás már említést tesz arról a magára hagyottságról, amit azok a nők élnek meg, akik nemcsak egyedül maradnak a terhességükkel, de olykor azzal is szembe kell nézniük, hogy párjuk azzal vádolja őket, hogy a születendő gyermeknek nem ő az apja (Lengyel, 2021). Egy másik, szerhasználó nők körében végzett felmérés is kiemelte, hogy az apák jellemzően nem vállalják a gyermeket (Kaló, 2019).

Az apává válás nem a gyermek születésével kezdődik, hanem már a várandósság idején, biológiai, lélektani és szociális területen is (Andrek, 2018). Emellett a nő apai viszonyulásának megélése kihat a saját anyai attitűdjére is (Pachner – Lendvai, 2018). Kutatások bizonyítják, hogy a szülés folyamatában kiemelten fontos a társas támogatás, ami emeli az oxitocinszintet (Székely – Csabai, 2017), mégsem ismerünk olyan hajléktalanként megélt szülésélményt, ahol akár az édesapa, akár egy rokon jelen lett volna.

Ha a hajléktalan élethelyzetű szülők úgy döntenek, születendő gyermeküket maguk szeretnék nevelni, a családok átmeneti otthona intézményi segítségére támaszkodhatnak, ahol a szülőpár együttes befogadására is lehetőség van. Tapasztalataink szerint a helyhiány miatt azonban nehéz férőhelyet találniuk, ezért, ahogy a bemutatásra kerülő esetben is, a párnak döntést kell hoznia, hogy legalább átmeneti ideig vállalják-e a szétválást, ezzel biztosítva, hogy a kismama az újszülöttel maradhasson egy akár vidéken lévő anyaotthonban. Bár ezek

az intézmények a lakhatási kérdésekre választ adhatnak, a folyamatos felügyelet és a szigorú szabályok miatt szülői autonómiájuk jelentősen sérül (Bányai – Kelemen, 2022). Ráadásul a szabályozás szerint az intézményi keret, ahogy a nevükben is szerepel, átmeneti elhelyezést biztosít, így ugyanaz a bizonytalanság marad a szülőben vagy szülőknél, mint ami a várandósság idején is jelen volt.

Krizistanácsadás, lehetséges kimenetek

A várandósság sok esetben komoly döntéseket kíván, melyeket az alábbi fejezetben mutatunk be. Mindezeket megelőzheti az úgynevezett krízistanácsadás, amelynek célja a nő (és párja) pszichoszociális támogatása, a krízisintervenció. Krízistanácsadást a területi gyermekvédelmi szakszolgálat, a nyílt örökbefogadást elősegítő szervezetek és az engedéllyel rendelkező közhasznú szervezetek végezhetnek (Deli et al., 2022). „Optimálisan a válságterhesek krízistanácsadását minden esetben pszichológus végzi, mivel a válságterhesség szinte mindig pszichés krízist is okoz, ezért gyakran igényel krízisintervenciós beavatkozást is az információs tanácsadás mellett” (ibid: 16).

Bár a krízistanácsadás elvben nem kapcsolódik a gyermek nyílt örökbefogadásához, és célja „a gyermek saját családjában való nevelkedése” elősegítése, továbbá „a családok átmeneti otthonában biztosított ellátáshoz való hozzájutás szervezése” (1997: XXXI. tv. 69/A. § (2) a, b), a szolgáltatást a gyermekvédelemről (!) szóló törvény „A nyílt örökbefogadást elősegítő tevékenység körébe tartozó szolgáltatások” között mutatja be, és a tevékenységgel kapcsolatos módszertani útmutató is az örökbefogadásról szól (Deli et al., 2022). „A krízistanácsadás eredményeként tud megalapozott döntést hozni a szülő arról, hogy ő maga neveli fel gyermekét, vagy ideiglenesen helyettes szülői, nevelőszülői elhelyezést kér gyermeke számára addig, amíg ő maga nem tud gondoskodni róla, végső esetben pedig dönthet a gyermek örökbefogadásáról” (ibid: 16). A szülő a várandóssága alatt bármikor, de akár a gyermek születése után is kérhet segítséget. A krízistanácsadás akár több ülésből is állhat, és végigkísérheti a várandósság 40 hetét, valamint a szülés utáni 6-8 hetet.

Jelenleg Magyarországon nincs egységes tanácsadói hálózat a krízisben lévő várandós nők számára. A szakemberek gyakran az anya krízishelyzetében elsősorban a kockázatot látják, s kevésbé a támogatási szükségletet. A krízisben lévő nők számára „az örökbefogadás nem tudatos jövőtervezés, hanem gyakran kényszerű túlélési stratégia. Esetükben a legfontosabb cél az, hogy a döntés pszichésen feldolgozhatóvá és társadalmilag támogatottá váljon – méltóságot és biztonságot biztosító környezetben” (Katona, 2025a: 41-42.).

A továbbiakban a várandósság különböző kimeneteit, így a terhességmegszakítást, a szülést és az örökbefogadás lehetőségét tekintjük át, amelyek egy hajléktalan várandós nő esetében felmerülhetnek.

1. Terhességmegszakítás

Magyarországon a terhességmegszakításra elsősorban a várandós nő vagy a magzat esetében fennálló egészségügyi ok miatt van lehetőség. „Az (1) bekezdésben nem említett esetben a terhességmegszakításért fizetendő díj megegyezik a társadalombiztosítás szerinti finanszírozás mindenkor összegével. A díj megfizetésének részletes szabályait – ideértve a szociális helyzettől függő kedvezmények mértékét is – a miniszter rendeletben határozza meg” (1992. évi LXXIX. törvény 16. §). „A KSH 2018-ban összesen 132 968 várandósságot

regisztrált Magyarországon, amelyek közül csupán kétharmad végződött élveszületéssel. Minden ötödik várandósság terhességmegszakítással, 12%-uk pedig magzati halálozással végződött. ... Alacsonyabb iskolai végzettség esetén pedig életkortól függetlenül gyakoribb a terhességmegszakítás. Amennyiben például a leggyakoribb gyermekvállalási éveket vesszük figyelembe, úgy jól látható, hogy 25 és 35 éves kor között a felsőfokú végzettséggel rendelkezők várandósságainak mintegy 90%-a végződik élveszületéssel, míg ez a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek körében csupán 40% körül van. Esetükben közel minden második várandósság terhességmegszakítással végződik” (Makay – Kapitány, 2021: 321).

Maga az abortusz több ponton is szembemegy a nőtől elvárt viselkedéssel, mely szerint a várandósság minden nő által megtapasztalni kívánt vágy, illetve véget vetnek egy életnek, ami jelentősen eltér az óvó-védő szereptől. Mindezekből következik az abortuszstigma, mely alapján a terhességmegszakítás mellett döntő nőket alacsonyabb rendűnek ítélik meg, mely nemcsak személyes szinten, hanem személyek között, sőt, akár intézményi és társadalmi diskurzus szintjén is megjelenik- (Kumar et al., 2009).

A terhességmegszakításnak rövid- és hosszú távú pszichológiai hatásai is lehetnek. Míg előbbi esetében az abortusz egy stresszes életeseményként áll a fókuszban, utóbbiban kihat mind a mentális állapotra, mind a kapcsolati jellemzőkre. A mentális egészséggel kapcsolatos egyik hatás a PTSD egyik fajtája, a posztabortusz-szindróma, melynek tünetei között szerepel az emlékeket felidéző helyzet, így például a nőgyógyászati vizsgálatok elkerülése – melynek hosszú távon egészségkárosító hatása is lehet, hiszen elmaradnak az egészségügyi szűrések, illetve az esetleges fogamzásgátlási módszerek elérhetősége is beszűkül. Több kutatás is igazolta, hogy az abortuszon átesett nők esetében nagyobb arányban figyelhetők meg pszichiátriai eltérések a beavatkozás után, mint például szorongásos és hangulati rendellenességek, alkalmazkodási zavar, de a szerhasználati szokások is negatív irányban változnak (Sz. Makó, 2015).

2. A baba hazavitele – családok átmeneti otthona

Ahhoz, hogy az anya hazavihesse újszülött gyermekét, a védőnő igazolása szükséges, hogy az otthon alkalmas egy baba nevelésére. Hajléktalan élethelyzetben szülő anyák esetében ilyen nem szokott rendelkezésre állni. Amennyiben megoldható, az anya már a szülés előtt olyan helyre költözik – legyen az saját családja, rokonsága vagy párjával közös bérlemény, munkásszálló –, ami ilyen környezetet biztosít. Azok az anyák, akik a szülésig nem tudták megoldani lakhatásukat, a szociális ellátórendszeren belül a családok átmeneti otthonát vehetik igénybe.

Ezekben az intézményekben a jogszabály szerint várandós nőket is fogad(hat)nak (1997: XXXI. törvény 51. §). Ezek az intézmények azonban jellemzően telítettek, sokkal több a jelentkező, mint a rendelkezésre álló férőhely (Horváth et al., 2021). Budapesten körülbelül 1300 férőhely van ilyen intézményekben, de átlagosnak mondható a bentlakók számához képest 3-5-szörös, sőt, akár 10-szeres (!) várólista is (Otthon, mindenkinek, 2022). A várólisták ugyanakkor csalókák, hiszen sokszor a családok nem adnak be jelentkezést a túl hosszú várakozási idő miatt, vagy az intézmény nem regisztrálja őket ugyanezért (AJB-3760/2023). A bejutást tovább nehezítő tényező, hogy minden intézménybe külön kell jelentkezni, és még ha sikerül is időpontot kérni, egy felvételi interjún megjelenni, akkor sem

garantálja semmi, hogy amire a baba megszületik, lesz szabad férőhely, vagy ha lesz, akkor arra ezt a jelentkezőt fogadják.

Mivel az intézmények a bentlakók száma alapján kapják a finanszírozásukat, egy várandós nő vagy egy egygyermekes szülő fogadása anyagilag veszteséges lehet, ezért előnyben részesíthetik a legalább háromfős családokat. Az intézmények feltérképezése, az elvárások megismerése önmagában nagy szervezőmunkát igényel: van például olyan családok átmeneti otthona, ami csak adott kerületi lakcímmel fogad jelentkezőket, más intézmények csak anyákat fogadnak, apákat nem.

3. Családból való kiemelés (kórházban hagyott babák)

Ha mégsem sikerül megfelelő lakhatást biztosítani, az újszülöttet az anya nem viheti magával a kórházból, és az a gyermekvédelmi szakellátásba kerül.⁴ A jogszabály szerint 12 éven aluli gyermekeket, így az újszülötteket elsősorban befogadó szülőnél, családszerű közegben kell(ene) elhelyezni (1997: XXXI. tv 7. §), ám ez a gyakorlatban sokszor nem tud megvalósulni. 2024 decemberében 21212 gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő gyermek volt, ebben az évben az újonnan bekerülő gyermekek között legnagyobb arányban a 0-12 hónaposak voltak, összesen 980 fő. 187 legfeljebb egyéves csecsemő élt gyermek- vagy lakásotthonban (Hintalovon, 2024). A férőhelyhiány annyira súlyos, hogy az elmúlt években a köztudatba is bekerültek az ún. kórházban élő csecsemők, akik férőhelyhiány miatt nemhogy nevelőszülőkhöz, de csecsemőotthonba se tudnak bekerülni. A Gyermekjogi Civil Koalíció 2023-ban 50 és 100 közé tette őket (Gyermekjogi, 2023), 2024-ben már a 300 főt is elérhette a számuk (Katonáné, 2025). A csecsemőotthonba való bekerülés „a 0-2 hónapos korosztály körében leginkább a kórházakból történik az otthonokba, ez 11 hónapos korig jellemző tendencia, 11 hónapos kortól a vér szerinti családból kerülnek be a gyerekek” (Rákó, 2014: 59).

Az anya a csecsemőt a gyámhatóság engedélyével, megadott keretek között, akár napi rendszerességgel látogathatja, szoptathatja. Elvben a szülő tartózkodási helye szerinti gyermekvédelmi alapellátás, a család- és gyermekjóléti központ feladata, hogy az anyát abban támogassa, hogy meg tudja teremteni a gyermek hazagondozásához szükséges feltételeket. Hajléktalan anyák esetében, ha nem veszi fel a kapcsolatot a központtal, ez gyakran elmarad.

4. Örökbeadás

Körülményeik mérlegelése alapján a szülők a várandósság alatt és a szülés után is dönthetnek úgy, hogy gyermeküket örökbe adják (1997: XXXI. tv.). Ha a titkos örökbeadást választják, a gyermekről írásban lemondanak, és nem tudják, ki fogja őt felnevelni. Dönthetnek úgy is, hogy nyílt örökbefogadáson keresztül részt vesznek a csecsemőt örökbefogadó szülők kiválasztásában, akár meghatározhatnak bizonyos preferenciákat (olyan családba kerüljön, ahol lesz testvére, vagy akik kertes házban nevelik stb.) és találkozhatnak az örökbefogadó szülővel/szülőkkel. Mindkét esetben rendelkezésre áll egy hathetes időszak,

⁴ Ha a családban vagy ismerettség körben van olyan személy, aki vállalni tudja a baba gondozását, családbafogadás is lehetséges, ebben a szülői felügyeleti jog az anyánál marad.

amíg meggondolhatják magukat. 2024-ben Magyarországon 2137 örökbe fogadható gyermeket tartottak nyilván, és 1291 örökbeadásra került sor (KSH, 2025).⁵

Ugyanakkor az örökbeadás jelentős érzelmi terhet is jelenthet az anya számára. Az újszülöttjeiket örökbeadó anyáknál a szülés (és a gyermek elvesztése) után gyakoriak a PTSD tünetei – alvászavarok, rémálmok, szorongás, függőségek, patológiás gyász (Katona, 2025b). A gyermekről való lemondás életük egyik legnagyobb traumája, s ezen anyák 60-85%-a akár 30 évvel az elbúcsúzás után is naponta gondol gyermekére (Neményi, 2006). Mivel a gyermekről való lemondás gyakran tabu is, a nők a fenti tünetek csökkentéséhez szinte sosem kapnak, és nem is kérnek segítséget (Wells, 2018). A hajléktalan nő pedig szülés után ugyanabba a közegbe, szállóra kerül vissza, ahol várandósan is élt, így duplán érezhet szégyent a helyzetét ismerő lakótársak között.

Esettanulmányok

Az alábbiakban két eseten keresztül mutatjuk be azt, hogy a várandósság és az anya támogatása milyen kihívásokkal jár egy hajléktalanellátó intézményben az anya/szülők, illetve a szociális munkások számára. Azért választottuk az esettanulmány módszerét, mert maximálisan egyetértünk Molnár Virág azon megfigyelésével, mely szerint ez lehetőséget kínál arra, hogy az empirikus adatgyűjtést az elméletalkotás felé csatornázzuk (Takács, 2017). Szoboszlai Katalin és Patyán László az esettanulmányt a szociális munkán belül helyezi el, s megállapítja, hogy „rámutatnak a szociális munkában pusztán elméleti modellekkel nehezen kifejezhető helyzetekre, segítenek megérteni azokat a jelenségeket, amelyek a szakemberek munkáját meghatározzák” (Szoboszlai – Patyán, 2016: 1). Már korábbi kutatásaink során is több olyan élethelyzettel találkoztunk, amit „már kitalálni sem lehet”, mert akár olyan véletlenek, akár olyan megterhelések jelentek meg, amik már-már hihetetlennek tunk. Az esettanulmány mint módszer lehetőséget biztosít számunkra, hogy két átmeneti szállón élő hajléktalan kismama történetén keresztül mutassuk be azokat a lépéseket, esetkezelői dilemmákat és nehézségeket, amik egy ilyen kiemelten sérülékeny célcsoport várandósságában jelen lehetnek.

Ahhoz, hogy tanulmányunkat az elérhető szakirodalom és kvantitatív adatok mellett kvalitatív mélyfűréssel is kiegészíthessük, magunk készítettünk interjúkat a BMSZKI egyik átmeneti szállóján dolgozó kollégákkal, lakókkal 2025-ben az azt megelőző időszak intézményen belüli várandósságaival kapcsolatban. Két olyan esetkezelővel történt adatfelvétel, aki az átmeneti szállón egy-egy kismamát kísérték a szülésig, emellett azzal a gondozó kollégával, aki az egyik kismamát a vidéki anyaoththonba kísérte, és előtte a kórházban látogatta. Mivel szerettük volna a hajléktalan várandósok helyzetét tágabban bemutatni, így interjút készítettünk az egyik női éjjeli menedékhely védett részlegén a várandós hajléktalan nőkkel dolgozó szociális munkással, aki a nőgyógyászati rendelő munkáját is segítette. A szakértői interjúk mellett két olyan lakóval történt adatfelvétel, aki a szállón lezajlott szülés folyamatában aktívan segédkezett, valamint azzal a segítő

⁵ Az engedélyezett örökbefogadások 40%-a az ország északkeleti régiójára koncentrálódott, az örökbeadható gyerekek száma pedig növekszik (KSH)

munkakörben dolgozó kollégával is, aki a szülés észlelése és a mentők kiérkezése közötti időben az újszülött ellátásában részt vett.

Az általunk készített interjúk mellett a BMSZKI egyéb dokumentációját is használtuk.⁶ A BMSZKI intézményei egységesen egy online rendszert, a Menedék programot használják, melyben egyebek mellett az ügyféllel kapcsolatos lépéseket, információkat is rögzíteni lehet. Számunkra a legtöbb információt a gondozási napló jelentette, melynek segítségével az esetkezelőkkel készült interjúktól függetlenül, valós időben⁷ követhettük végig mind a várandósság kísérését, mind az egyéb területeken megtett lépéseket. Az átmeneti szállókra költöző ügyfelekkel az eljárási rend szerint első interjú készül, mely az élettörténetet tárja fel, különös tekintettel a lakástörténetre, a hajléktalanná válásra, a tervekre, valamint a szociális kapcsolatokra. Ezeket azért emeltük be az elemzésbe, hogy a jelenlegi várandósság mellett képet kaphassunk a korábbi terhességekről, valamint a kismamák saját gyermekkoráról, mert feltételeztük, hogy ezek mind befolyásolják a magzattal való kapcsolódásukat.

Szilvia

Szilvia 1984-ben született, állami gondozásban nőtt fel. Születése után csecsemőotthonba került, ám szülei nem mondtak le róla, így *„elvették a lehetőséget, hogy családban nőhessen fel”*. Édesapjával tartja a kapcsolatot, féltestvérei is vannak, édesanyja már nem él. Budapesten és több vidéki gyermekotthonban élt, szakmunkás végzettséget szerzett, konyhákban és vendéglátásban dolgozott főként. A gyermekotthonban ismerte meg első párját, akitől két gyermeke született, az első 19 éves korában. Elmondása szerint *„nem volt ez szerelem, hanem egyfajta egymásra utaltság, sorstársi közösség, kapaszkodás”*. A férfi több mint tíz év fegyházbüntetést kapott, Szilvia pedig egyedül nevelte fel két fiát, több évet töltött anyaothtonban is a gyerekekkel. A nagyobbik fia már felnőtt, dolgozik és albérletben él, a kisebbik középiskolás, kollégista, a bátyja a gyámja, a hétvégéket is nála tölti.

Szilvia a munkahelyén ismeri meg Tibort, akivel öt éve vannak kapcsolatban. A férfi munkahelyének elvesztése miatt albérletüket is el kell hagyniuk, először ismerősöknél húzzák meg magukat. Amikor kiderül, hogy Szilvia várandós, a családsegítőhöz fordulnak segítségért, aki javasolja, hogy költözzenek hajléktalanellátó intézménybe – első lépésben éjjeli menedékhelyre.⁸ Négy hónapos terhesen jut el először orvosi vizsgálatra a BMSZKI traumatudatos, elsősorban hajléktalan nőket fogadó nőgyógyászati rendelőjébe – bejelentett lakcím híján korábban mindenhol elutasítják.

A várandóssággal kapcsolatban Szilvia és a segítője számára az egyik első feladat a kapcsolatfelvétel a lakcím szerinti védőnővel. Szilviáék esetében ez az átmeneti szállóra való bejelentkezés után vált lehetségessé.

⁶ Az adatkezelési tájékoztató kitöltésekor az igénybevevők hozzájárulnak, hogy adataikat kutatási célokra felhasználhassuk. A neveket és a helyszíneket kutatásaitikai okokból megváltoztattuk.

⁷ A gondozási naplót a szociális munkások jellemzően folyamatosan vezetik, főként azokban az esetekben, ahol fontos, hogy az esetkezelés során elhangzott, többeket érintő információ mindenki számára hozzáférhető legyen, aki az ügyféllel találkozik. Előfordul, hogy más szakemberek is készítenek bejegyzéseket az esetkezelő távollétében.

⁸ Az éjjeli menedékhelyek jellemzően éjszakai benntartózkodást tesznek lehetővé, nappalra el kell hagyni az intézményt, így egy várandós nő számára nem feltétlenül nyújtanak megfelelő elhelyezést.

Tibornak ez az első gyermeke, mindenben támogatja Szilviát, amiben csak tudja – elkíséri a vizsgálatokra, munkába áll. Nagyon örülnek, amikor megtudják, hogy a nő várandós – úgy tudta, egy korábbi egészségügyi probléma miatt nem lehet több gyermeke. További örömet okozott, hogy két fiú után ez a baba kislány.

A megfelelő lakhatási körülmények biztosítása érdekében Szilvia és párja három hónap alatt hat családok átmeneti otthonában jár, mindenhol várólistára veszik őket. Minden felvételi elbeszélgetés egy szabadságnapot jelent(het) a munkahelyről. Végül már vidéki anyaotthonokba is beadják a jelentkezését, telefonos interjú alapján, vállalva az ezzel együtt járó különélést is a baba nevelése érdekében. Az esetkezelő így emlékszik erre az időszakra: *„Az az utolsó két hónap, amikor nem tudtuk, hogy lesz-e hely, én már a végekre telefonáltam, a Zemplénben lévő x nevű településen lévő anyaotthont is felhívtam, ami Magyarországon létezett, mindent megpróbáltam, hogy csak valahol legyen hely.”*

Az esetvitelt a hajléktalanszálló szociális munkásán túl a kerületi családsegítő szolgálat munkatársa is támogatja, Szilvia vele és a védőnővel is rendszeres kapcsolatot tart. A várandósság eleje óta kapcsolatban áll a Várva Várt Alapítvánnyal, akik többek között vitaminokkal, genetikai vizsgálatok költségeinek átvállalásával támogatják.

Tibort a sok nehézség egészségileg is megviseli, pszichiátriára kerül. Szilvia rendszeresen látogatja. A kórházi elbocsátás után sincs jól, nehezen kommunikál, gyakran dolgozni sem megy el. Szilvia a szülés kiírt dátuma előtt 18 nappal még dolgozik, próbálja az életüket menedzselni. Nagyon fél, hogy bár mindent megtett, minden szükséges vizsgálaton megjelent, mégsem fogja tudni megtartani kislányát – emiatt előfordul, hogy dühös, keserű, amit egyes segítők ellenségességgént, az együttműködés hiányaként értelmeznek.

Végül a Várva Várt Alapítvány segítségével egy vidéki anyaotthon az utolsó pillanatban, a szülés előtti héten visszajelez, hogy tudja fogadni Szilviát és a kisbabáját. Mivel ez anyaotthon, Tibor, aki apasági nyilatkozatot is tett, nem költözhet családjával. Az esetkezelő így emlékszik vissza a hírre: *„Tényleg itt az aulában sírás volt, amikor kiderült, hogy lesz hely, és nem kell teljesen szétszakítani a családot. Mert persze anyaotthon volt, oda a pár itt nem mehetett. ... Az egésznek azért lett hozadéka, hogy szét kellett válni, mert picit szimbiotikus volt a kapcsolatrendszerük.”*

A szülésre (programozott császár) Tibor és Szilvia közösen érkezik. A következő nehézséget a közel 200 kilométeres távolság leküzdése jelenti a gyermekágyas nő és újszülött kisbabája számára. A babakelengyét az átmeneti szálló munkatársai adományokból és saját otthonukból gyűjtik össze, s ezeket a szervezet utcai gondozószolgálat gépkocsijával szállítják az anyaotthonba. Mivel ez a gépjármű más napokon közterületen élő hajléktalan embereket szállít, felmerül, hogy a frissen császározott nő és újszülött babája vonattal fog eljutni új otthonukba. Végül a szülést levezető doktornő megszervezi, hogy a kórházi betegszállító szolgálat vigye el Szilviát és kislányát az anyaotthonba.

Tibort, aki nem épült fel még korábbi pszichiátriai kezelése óta, megviseli, hogy hirtelen egyedül marad, és nem lehet együtt családjával. A szülés után a szálló páros szobájából másik emeletre kell költöznie, „férfiszobába”. Öngyilkosságot kísérel meg, melyet szerencsére túlél, s ezután hónapokig kórházban ápolják. Édesanyja látogatja csak, Szilvia ezt 200 kilométerről az újszülött kislányával nem tudja vállalni.

A hajléktalanszálló szociális munkása a vidéki anyaotthonban is tartja Szilviával a kapcsolatot, kéthetente beszélnek telefonon. A nő elmondja, hogy milyen nehéz egy idegen

városba, idegen közösségbe kerülni, ahol senkit nem ismert, és tájékozódni sem nagyon tud. *„Nehéz ott nekik, főleg, hogy nincs helyismeretük. Elég zártnak hatott az elmesélés alapján az intézmény. Szilvia egy elég karakán nő volt, és tök sok mindent sérelmezett, amit ott mondtak nekik meg ahogy bántak velük. ... Szilvia egy jég hátán is megélő típusú személy, tudtam, hogy ő rendben lesz.”*

A férfit mintegy két hónap elteltével engedik ki a pszichiátriai osztályról, amikor szinte mesebeli csoda történik, és egy budapesti családok átmeneti otthona fogadni tudja a teljes családot. Ez persze a hajléktalanszállón dolgozó szociális munkás áldozatos kitartásának is köszönhető, aki, bár a gondozási folyamat hivatalosan a szülők kiköltözésével lezárul, nem engedi el a család kezét, hanem rendszeresen hívogatja azokat a családok átmeneti otthonait, ahol várólistán szerepelnek.

Bettina

A másik anyuka, nevezzük Bettinának, 1993-ban született. Szülei kiskorában elváltak, őt és négy testvérét anyja és mostohaapja nevelte, akik alkoholproblémákkal küzdöttek. Anyjával egy éven át anyaoththonban is élnek. Bettina kétéves kora óta epilepsziával küzd, tartós gyógyszeres kezelés alatt áll. A lány 16 évesen egy fiúhoz költözik, vele és annak anyjával élnek négy éven át egy garzonlakásban. A szakítás után apja segítségével szobabérletben lakik, majd egy új kapcsolatával külföldön vállal munkát. 2018-ban kisfia születik, akit egyhetes korában állami gondozásba vesznek, s azóta is nevelőszülőknél él. Bettina rendszeresen látogatja a gyermeket, szoros a kapcsolatuk.

2022-ben éjjeli menedékhelyre, majd 2023-ban átmeneti szállóra költözik. 2024 áprilisában egy nőgyógyászati vizsgálaton tudja meg, hogy egy futó kapcsolatból 13 hetes várandós. Miután bevallja, hogy nem szeretne újabb gyereket, és érdeklődik a terhességmegszakítás lehetőségéről, az orvos megalázóan bánik vele és kineveti, majd tájékoztatja, hogy az abortusz a 13. héten már nem lehetséges. Bettina sokat sír, fél, hogy elveszíti takarítói munkáját, s így lakhatását is. A többágyas szobában nem jól alszik, ami csak felerősíti a terhességet kísérő fáradtságot. Esetkezelője így emlékszik vissza ezekre a hetekre: *„Ott két hetünk avval telt, hogy ne tegyen magában kárt, mert már hallott mindenféle házi praktikákról. Én igyekeztem abban erősíteni, hogy lesz segítség, milyen lehetőségek vannak, itt állok mellette stb., stb. Nagyon-nagyon sokat beszélgettünk ezekről tényleg, igyekeztem minden nap, amikor bent vagyok, elérhetővé lenni számára, és nem csak tíz perc erejéig.”*

A szociális munkás mellett, hogy érzelmi támaszt nyújt, átbeszéli vele a lehetőségeit. Bár munkahelyén a terhesség bejelentése után megígérik, hogy másik munkakört keresnek számára, ahol nem érintkezik vegyszerekkel, végül elbocsátják – a szálló szociális munkása nyújt segítséget a munkakeresésben. Ő egyengeti a védőnővel és a BMSZKI nőgyógyászati rendelőjével való kapcsolatfelvételt. Bettina lakcímet létesít az átmeneti szállón, hogy ne vidékre kelljen orvosi vizsgálatokra járnia. Ügyfélkapu hozzáférést intéznek, jogi segítséget kérnek egy, a nevén szereplő céggel kapcsolatban, a szociális munkás elkíséri ügyfelét a Cégbíróságra is.

Bettinának az új lakcím ellenére meg kell küzdenie az egészségügyi ellátórendszerrel. Bár megpróbál minden szükséges vizsgálaton időben megjelenni, több helyen nem fogadják például vérvételre, még a védőnővel való egyeztetés és beutaló felmutatása után sem. Emiatt

több hetet csúsznak az egyes, amúgy időponthoz kötött vizsgálatok, s erősödik a családsegítő szolgálat esetmenedzserében az érzés, hogy az anya nem tud felelősségteljesen gondoskodni egy újszülöttről. Ezek miatt még a BMSZKI nőgyógyászati rendelőjében is azt írják az egyik ambuláns lapra, hogy „gondozatlan terhesség”. Ezek a kudarcok és az igazságtalan, embertelen bánásmód mind Bettinát, mind az őt támogató szociális munkást megviselik. *„Borzasztóan megijedtem, hogy neki ez egy új remény, nagyon szeretné, és végül ezek miatt az elmaradások miatt nem tarthatja meg a gyermekét.”*

A szociális munkás ezeken túl felveszi a kapcsolatot családok átmeneti otthonaival – mivel Bettina egyedülálló, inkább anyaotthonokat javasolnak. Több intézménybe is beadják a jelentkezést, annak ellenére, hogy Bettina néha úgy érzi, lehetséges, hogy inkább örökre akarná adni a babáját. Vannak olyan anyaotthonok, ahol kap időpontot felvételi elbeszélgetésre, míg máshol azt mondják, hogy csak akkor hívják be, ha lesz üres férőhely. Több helyen említik, hogy egy anya-gyermek párost csak kicsi szobába helyeznének (a nagyobbakat több fős családoknak tartják fenn, akik után magasabb az állami normatív támogatás), amiből szintén nincs szabad. Támogatóként ismét megjelenik a Várva Várt Alapítvány, akik például a munkanélküliség miatti szállódíj fizetés elmaradásban, és a várandóssággal, valamint a baba kelengyéjével kapcsolatos kiadásokban tudnak segítséget nyújtani. (Több anyaotthon egyáltalán nem tud tárgyi dolgokat – például pelenka, babaruha – biztosítani, azt az anyának kell beszereznie.)

Az anya mellett támogatóként elméletben a védőnő és a családsegítő szolgálat esetmenedzsere is megjelenik, ám ez utóbbi azt gondolja, hogy *„egy hajléktalan anya biztos nem tarthatja meg a gyermekét, különösen, ha még epilepsziás is”*. Így a szállón dolgozó szociális munkás egyedül marad a küzdelemben, és gyakran az ellátórendszer diszfunkcióin túl még más szervezetek munkatársaival is küzdenie kell. *„Lett jó pár ősz hajszálam. Esküszöm, néha azt éreztem, hogy négy vagy hat órában a nyolc helyett Bettivel törődöm, mintha mindig ezzel kellett volna foglalkozni, mindig ezt kellene szervezni... Ez is egy kálvária volt, hogy jelentkezünk egy anyaotthonba, elküldöm az ajánlást, az adatait, mindenféle franckarikát, és egy hét múlva felhívom őket, és nincs meg, nincs az éterben, nem került várólistára. Ez számtalanszor előfordult. Folyamatosan kézből kellett tartani ezt is, a vizsgálatait, a vitaminjait. Láttam, hogy a védőnő se úgy segíti, ahogy az elvárt lenne... Mindezek mellett még lelkileg is kísérni, megtartani...”* Mivel sok helyről, különösen az egészségügyi ellátásokról, elutasították, a szálló szociális munkása, ahova csak tudta, személyesen kíserte el az anyát, ami további leterheltséget eredményezett.

Bár egy vidéki anyaotthon hajlandó a szülés után fogadni Bettinát és kisbabáját, a befogadó nyilatkoznak a baba adatait is tartalmaznia kell, ezért csak a szülés után tudják kiállítani. A dokumentum nélkül a babát az anya nem viheti haza. Emiatt fokozódhat a bizonytalanság érzése, hiszen a szülés pillanatában sem áll még rendelkezésükre a papír, ami pillanatnyi megoldást tudna kínálni.

Bettina és a szociális munkása a szülés menetét is átbeszélük, szülési tervet is készítenek. *„Mivel az első gyermekét is természetes úton szülte, nem éreztem, hogy sokkal jobban bele kellene ebbe menni, mint ahogy belementem. Körülbelül kétszer-háromszor beszélgettem vele arról, főleg amikor már ott tartottunk, hogy 7-8 hónapos, hogy milyen jellegű fájások, kinek szóljon, hova menjen. Ha nem tudja, a telefon mindig nála, mentőhívás, portahívás azonnal, tehát ezekről többször beszélgettünk.”* A segítőnek nincs saját

szülésélménye, így a szülésről való beszélgetést is sok utánaolvasás előzi meg. *„Előtte nagyon beleástam magam a gyengéd születésbe, de közben eszembe jutott, hogy amiket manapság hallunk a kórházi körülményekről, hogy milyen kórházban szülni egy magát képviselni nemigen tudó, önérdékvényesítésben nem olyan jó anyának, és mit művelhettek volna vele a kórházban, mondom, nem is baj. Ne érts félre, örülök, hogy minden rendben volt, és egészségesen született meg a baba, és végig tudta csinálni, de volt bennem egy kicsit ilyen, hogy lehetett volna méltóbb körülmények között. De belegondoltam, hogy még én is miket kapok az egészségügytől, és én elég érzékeny vagyok erre, akkor mi lett volna vele. Nagyon durván át tudják adni ezt a traumatizálást.”*

A szülés végül spontán indul be, és olyan gyorsan lezajlik, hogy a mentőszolgálat is a baba születése után érkezik csak a szállóra. A szülést a szállón élő lakótársnők (köztük egy roma asszony, aki már sok szülésnél segédkezett) és a szálló egyik munkatársa támogatja. A kolléga így emlékszik vissza az eseményekre: *„Nagyon a hatása alatt voltam, és még vagyok is. Csak bögtém és bögtém. Nagyon szép kisbaba, gyönyörű volt. A megnyugvás is, hogy végre jó kezekbe került mindkét ember, mert közben a babához is jöttek az újszülött mentővel és tették inkubátorba rögtön. ... Nagyon megviselődtem akkor. Nagyon féltem, hogy valamelyiküknek nagyobb baja történik. Még soha életemben nem láttam így szülést. ... Pont a legjobb pillanatban érkeztek a mentősök, még nem történt egyikükkel sem semmi baj.”* A szakmai vezető tartja az esetkezelő szabadsága alatt a kapcsolatot a kismamával, a lakó felvetésére főként a szoptatásról, az első gyermekénél megélt vonatkozó nehézségekről volt szó. *„Az viszont eszembe nem jutott volna, hogy egy előző terhesség után az neki kérdés, hogy hogy indul be egy szülés. Vagy hogy ez lehet-e kérdés. Felmerült kérdésként, hogy ezt át kellett-e volna beszélnem.”*

Bettina esetében a vidéki anyaotthonba kerülés azért sem tekinthető ideális megoldásnak, mert emiatt, még ha csak ideiglenesen is, de megszakadt a kapcsolata a Budapest közelében nevelőszülőknél élő kisfiával, akit korábban rendszeresen látogatott!

A szülés után a kismamát és a babát a mentők ellátják és kórházba szállítják. A kórházban a szociális munkás szabadsága miatt a hajléktalanszálló szociális gondozója látogatja, utána viszi az összekészített kórházi táskát és a babakelengye egy részét – melyet a munkatársak adnak össze, saját maguk és családjuk körében végezve gyűjtést. (Szerencsés véletlen, hogy korábbi munkahelyéről már ismeri a kismamát, így nem egy vadidegen látogatja őt a kórházban.) Innen pár nap elteltével a vidéki anyaotthonba viszi őket a BMSZKI utcai gondozó szolgálata, a hajléktalanszálló szociális gondozójának kíséretében.

Esetkezelői megélések

Bettina szociális munkása így tekint vissza pár hónap elteltével: *„Mindenből kimaradtam, legalábbis a szép részéből. Nem igaz, mert előtte is volt szép része. Emlékszem, ott voltunk az Istenhegyen, és az tényleg nagyon más kép volt, mint az itteni szakrendelések. Még nekem is durva volt, hogy egy óriási aula volt ott, és én tényleg nem láttam ott nő, aki mellett nem volt ott a párja. Betti is nagyon meghatódott ezen, nagyon érzékenyült, nagyon rossz lelkiállapotba került, és nagyon örült, hogy itt vagyok és támogatom. Behívott a babamozihoz magához, együtt sírtunk, hogy jajj, ott a kis keze, kis lába. És akkor mondta, hogy mennyire rossz, hogy neki egyedül kell szülnie. És én emlékszem, akkor azt mondtam neki, hogy bár én [abban az időszakban] szabin leszek, de ha lesz rá érkezésem, este is vagy*

éjszaka is, ha tudok róla és lesz rá érkezésem, és neki ez könnyebbség, nagyon szívesen elkísérem a szülésre. Hát nem így lett.” A várandósság kísérésének szép részein túl a szociális munkás a nehézségeket sem hallgatja el: „Tényleg többször azt éreztem, hogy egyszerűen beledöglök ebbe az esetben. Nem azt éreztem, hogy én jobban akarom ezt a gyereket, mint ő, hanem azt éreztem, hogy ő nagyon-nagyon akarja, tök sok tekintetben szarul van lelkileg, és akkor még olyanokról nem is beszéltünk, hogy mi legyen az apával, szóval ezt folyamatosan feldolgozni, hogy mi lett azzal a kapcsolattal, mi lett azzal az apával, hogyan kommunikáljon az apa felé, meg hogyan engedje el azt a kapcsolatot, mert végül erre jutottak... Szóval mondtam, hogy én idős férfiakat akarok most egy ideig.”

Szilvia szociális munkása is beszélt erről a túlterheltségről, ő ezeket mondta: *„Kimondatlanul ki van mondva, hogy ha valakinek volt egy kismamája, akkor a következőt nem ő fogja kapni, hanem valaki más. Mert nagyon leterhelő a munka. Lelkileg is megterhelő tud lenni, meg az anyának a viselkedésétől is függ. Van, akinél viszonylag hamar ki lesz mondva, hogy nem tartja meg a gyermeket. Van, aki tök sokat dilemmázik rajta, van, aki az elejétől meg akarja tartani. De fogalmunk sincs, hogy meg tudja-e tartani, lesz-e elhelyezés addig, vagy azt kell lemenedzselni, hogy kijön valaki a kórházból úgy, hogy a gyereket meg ott kell hagynia. Ez, még ha csak 3-5 vagy pár hónapig is tart, ez szerintem elég mélyre megy.”*

Megkönnyítené a szociális munkás dolgát, ha úgy érezné, a többi szereplővel együtt, egy irányban támogatják a várandós nőt. *„Ha 48 órából állt volna egy nap, beleálltam volna abba, hogy mi az, hogy kirúgják a munkahelyéről, beleálltam volna abba, hogy hogy beszélnek vele, amikor kiderült, hogy három hónapos, és mi az, hogy ő abortuszt szeretne. Nulla, zéró energiám nem volt ezekre, de ha 48 órára lenne, belemennék ezekbe. Tudod, néha azt gondolom, hogy mennyivel nagyobb energia lenne azt mondani, hogy nem vagyok hajlandó együtt dolgozni egy ilyen családsegítő kollegával. Akkor hadd működjek együtt a vezetővel vagy egy másikkal, aki megcsinálja a dolgát... Olyan jó lett volna, ha ott egy olyan kollega van, aki ezekből valamit átvesz. Ő az égvilágon semmit sem csinált, csak ijesztgette a Bettit meg engem is. ... És akár ezt mondani a védőnőnek is, hogy mégiscsak egy olyan ügyfélről beszélünk, akinek nagyobb támogatásra van szüksége ebben, kérlek, hogy te is lépj oda jobban, hogy ne legyek ebben egyedül. Én is hajlamos vagyok a hátamon elvinni az egészet, az biztos, de nem tudom, hogyan lehetett volna jobban ledelegálni a feladatokat, hogy ne menjek ennyire rá erre. Nagyon nehéz volt.”⁹* Szintén ezt a fajta együttműködési hiányt és az ebből adódó plusz feladatokat, kiemelt felelősséggel terhelt előregondolkodásokat emelte ki a szakmai vezető is a vele készült interjúban: *„Egy eleve nehéz helyzetben, átmeneti szállón egyedül babát várni, vagy akár egy kapcsolatban, az soha nem egyszerű, az egy krízishelyzet. És ebben körbejárni a gyerek szempontját, az anya helyzetét, hogy legalább akkor biztonságban érezte magát. ez egy nagyon nehéz kérdés... Maga az ellátórendszer sem túl segítőkész.”*

Szilvia segítője is megfogalmazta, hogy mennyire egyedül érezte magát annak ellenére, hogy nagyon sokakat bevont a folyamatba. *„Én tényleg úgy éltem ezt meg, hogy egyedül kellett végigvinni ezt az egészet. Én már akkor jeleztem a vezetőktől kezdve mindenkinek, hogy nagyon jó, hogy a [szálló] fogad kismamákat, de nekem nagyon nehéz volt*

⁹ Más telephelyeken más családsegítő központtal és védőnővel dolgoznak együtt az adott szálló szociális munkásai, és másfajta tapasztalatokról számolnak be. Van, ahol gördülékenyebb az együttműködés, és a családsegítő szolgálatnak egy munkatársa tartja a kapcsolatot minden kismamával, aki a szállón él.

az, hogy ebben nem volt semmiféle támogatás. Akár az, hogy amikor kiderült, hogy végre megvan M-n a hely, de a szállítás [továbbra is megoldatlan]. [A szakmai vezető] küzdött a szállítással. Én azt mondtam, hogy azt már tényleg nem tudom vállalni, hogy azt is. Mindenki be volt ebbe mozgatva. Felmerült, hogy saját magunk fogjuk levinni, de én ebbe nem akartam belemenni, mert ha azt mondják, hogy fogadunk kismamákat, akkor abban igenis legyen segítségnyújtás meg partnerség, hogy erre befoghatóak legyenek.”

Bettina esetében a segítő kapcsolat a szüléssel, illetve a szállóról való kiköltözéssel megszakadt. Bár a sorsa továbbra is foglalkoztatta azokat a munkatársakat, akik a szállón támogatták, a kezdeményezést az ügyfélre bízták. A szociális munkás ezt mondta: *„Nagyon szerettem volna meghallgatni az ő szájából, hogy mit gondol, milyen volt neki ez a szülés. Hagytam neki egy búcsúlevelet, amikor elmentem, hogy adja oda neki egy kollega, ha majd meglesz a baba, és abban leírtam az elmúlt évünket, a nehéz évünket.”* A szülés után Bettina e-mailben kért segítséget a baba anyakönyvi kivonatával kapcsolatban, a szálló szociális munkása válaszában megkérdezte, hogy keresheti-e telefonon, de erre már nem írt vissza. A szociális gondozó, aki a kórházban látogatta és az anyaotthonba is elkísérte, így beszélt erről: *„Az, hogy én keressem, azt úgy nem... Tudja a telefonszámomat, mondtam neki, hogy bármi van, hívjon. ... Egy ideig követtem, hogy mi van... Azt se akartam, hogy nagyon kötődjön visszafelé, mert túl kell lépnie. Azért ez se könnyű. Ha nagy baj van, úgyis szól.”* Nem könnyű úgy lezárni egy gondozási folyamatot, hogy az ügyfél problémái nem rendeződtek, és mind a másik településen, mind később, amikor esetleg (gyermekével vagy egyedül) visszatér Budapestre, támogatásra szorulhat. Mennyivel egyszerűbb lenne, ha a segítő kapcsolat nem szakadna meg az intézményváltás(ok)sal!

Várandósság a lakótársak szemszögéből

Mivel Bettina az átmeneti szállón hozta világra kislányát, lakótársaira nemcsak a várandósság időszaka volt hatással. Korábbi terepi tapasztalataink szerint a terhesség tényéről a lakótársi közösség tud, hiszen látják ennek külső jegyeit, de a gyermek sorsa intézményi szinten nem foglalkoztatja a sorstársakat. Ha a szülés után a kismama nem tér vissza a szállóra, elkönyvelik, hogy valahol a gyermekével van, sikerült elérnie, hogy nevelhesse. Ha viszont ismét az intézményben van, tudják, hogy nem tarthatta meg a babát. Egyéni megélések, akár ítéletek is vannak az ilyen esetekkel kapcsolatban, de kollektív szinten nem foglalkoztatja a lakókat. Bettina esete amiatt nagyon más, hogy a lakótársak látták az újszülöttet, így akár érzelmileg is máshogy kötődtek az egész várandóssághoz. Mindezek miatt tartottuk fontosnak megszólítani azokat a lakókat, akik a szülés folyamatában jelen voltak. A három közvetlen segítőtől ketten, Zsanett és Mária vállalták az interjút, egyikük viszont kategorikusan elutasította – róla esetkezelőjétől tudjuk, hogy az esemény feltépte a korábbi két vetélésével kapcsolatos emlékeit.

A lakótársak többféle módon segítették, támogatták a kismamát a várandósság ideje alatt. *„Ha úgy jöttem haza, hogy eszembe jutott, akkor megkérdeztem a többieket, vagy beugrottam hozzá. Általában mindig hozok haza kaját innen-onnan, bekopogtam, vittem neki kaját.”* (Zsanett) Volt, aki a kórházban is meglátogatta, és cumisüveget vitt neki.

Maga a szülés hirtelen indult be egy hétvégi napon, az átmeneti szállón. *„Senki nem volt felkészülve, hogy ilyen spontán fog végződni a történet. Úgy volt, hogy két nap múlva megy be [a kórházba] és már viszik is [az anyaotthonba]. Hát, ez nem így jött ki.”* (Zsanett)

Elsőként a lakótársak vették észre, hogy a baba megszületett. Az egyik lakótárs így meséli el a történetet: „Hervasztottam a káposztát a konyhában, és egy kisbabasírást hallottam, hogy ‘óá’. Vártam, hogy mondom, jól hallok? Visszamentem, és megint ‘óá’. Itt mondom, valami nem stimmel. És mentem a kisbabahang után. És láttam Bettit a WC-n, és ránéztem, hogy mondom, a kisbaba? ... Kikaptam a kisbabát, és egy piros melegítőfelső volt rajtam, és gyorsan a kisbabát abba bebugyoláltuk. És utána szóltam Icának [lakótárs], hogy mondom, Icuka, azonnal plédeket, takarókat, mert mondom, kisbaba. És Icuka csak nézett rám. Mondom, kisbaba van, Icuka! Majd hozta a plédet, és átadtam Iukának a kisbabát, hogy göngyölje be gyorsan befele a melegbe. És Évike néni [a szálló recepciósa] feljött, és láttuk, hogy le van nagyon sokkolva; Évike néni. Meg Bettike is le volt szegény sokkolva. És akkor hívták a mentőöket, jöttek a mentőök.” (Mária)

Hogy honnan tudta a lakótárs, mit kell tenni egy baba születésénél? Erről Mária az alábbiakat mondja: „Bennünk bennünk van ez. Mibennünk ez bennünk van. ... Ez bennünk van, ‘otomatikusan a vérünkbe. Nekünk ezek nem újdonságok. ... Vagy hat ilyet láttam. Az egyik ismerősöm a villanypóznánál szült meg, akkor is ott voltam. Akkor is mondtam neki, hogy nyugi, nyugi, ne ijedj meg, lassan, mondom, mindjárt itt vannak a mentőök. Annak meg egy kislány lett meg. ... ‘Otomatikusan ez magától jön, merthogy én négy gyermeket szültem.”

Az átmeneti szállón, ahol akár több évig is laknak emberek, közösség tud kialakulni. Bettina lakótársait is foglalkoztatta a várandóssága, majd a közöttük lezajló szülés. Saját gyermekneveléssel kapcsolatos élményeikre emlékeztetett egyeseket. Mária így beszél erről: „Nagyon bízok benne, hogy megfogja a stafétabotot, hogy felneveli a gyermekét. Mert ha én fel bírtam nevelni négyet, és így. Dolgoztam, árultam, iskoláztattam őket, akkor szerintem ő egyet vígan, táncolva. ... Nekem a párommal jól, nagyon jól indult az életünk ..., csak utána az alkoholhoz folyamodott, és én feltettem neki a kérdést, hogy a gyerekeid vagy az alkohol. És ő azt mondta, hogy nem mond le az alkoholról. Jó, nem mondol le, akkor én jobbra, ő meg balra. Megfogtam a gyerekeket, szépen elhoztam, na, maradjál magadnak. És fel lehet a gyerekeket nevelni, hogy ha megvan egy asszonyban az a kitartás és az az akarat. És én nem szégyellem, utcáról-utára neveltem őket, erdőről-erdőre. És iskoláztattam őket, leszakmáztattam őket, leérettségiztettem őket. ... Voltam én velük anyaotthonban, [onnan] mentünk albérletbe, csak utána viszont öt vagy hat év után eladta a tulaj a lakást, és akkor utcáról-utára, kész.” Másnál ezek az emlékek nem feltétlenül (ennyire) pozitívak: „Nagyon jóban vagyunk az Iukával. Elég sokat beszélgettünk az események hatása alatt, és fogalma sincs [hogy honnan tudta, mit kell csinálni]. A Vali azt mondta, hogy a sógornőjével vagy valamelyik rokonával már megélt valami hasonlót. De az Icuka... abból jött a dolog. És az Iukának, úgy tudom, nincs gyereke. Élő gyereke biztos nincs. Dereng valami, mintha lett volna valami szerencsétlen baleset valami gyermekkel. De ő erről nem beszél, én meg nem kérdezem. ... Két-három napig biztos, hogy ez [a szülés] volt a téma. Akikkel egyébként is folyamatosan kapcsolatban vagyok, azokkal mindig egy villanásról eszünkbe jutott, és mindig szántunk rá egy tíz-tizenöt percet, hogy beszéljünk róla. ... A megrázó és a hála Istennek, hogy jól van a baba. Ráadásul mindenkit megrázott, mert hát emberek vagyunk. Mert az, hogy egy csöppségnek itt kell a világra jönnie, és miféle sors vár rá, aki ember, mindenkit megráz. És leginkább az, hogy miféle sors vár rá. [Ennél a résznél elsírta magát.]” (Zsanett)

A két eset tanulságai

A fenti két példában szereplő nők közül Szilvia a hagyományos egészségügyi ellátórendszeren belül is boldogult a várandós vizsgálatokkal, Bettina viszont többször is fennakadt a rendszeren (akár a lakcíme, akár az ott dolgozók előítéletei miatt). Számára a traumatudatos nőgyógyászati rendelő tette lehetővé, hogy „gondozatlan terhesség” helyett „gondozott” kismama legyen, és részt tudjon venni a számára és a magzat egészsége számára is kulcsfontosságú vizsgálatokon. Krízistanácsadáson egyikük sem vett részt, nem is találkoztak ezzel a lehetőséggel. Nem ajánlották Bettina figyelmébe a kórházban, ahol arról nyilatkozott, hogy szeretné elvetetni a gyereket, sem az egyik egészségügyi vagy szociális intézménynél, ahol a kilenc hónap alatt megfordultak.

Bár mindkét esetben felkereste a várandós nő a védőnőt és a családsegítő központ esetmenedzserét, szociális helyzete rendezésében mégis a szálló szociális munkása játszotta a fő szerepet. A lakhatás megoldását a családok átmeneti otthona (vagy a gyakorlatban apákat nem fogadó anyaotthon) jelentette, de mivel ezek teljesen decentralizáltan működnek, mind a segítőnek, mind a kismamának rengeteg energiáját emésztette fel az ezekkel való ismerkedés, a jelentkezési procedura. Az, hogy végül mindkét esetben sikerült a szülésig bejutni egy ilyen intézménybe (legalábbis szóbeli ígéretet kapni arra, hogy fogadják az anyát a gyermekkel együtt), pusztán a szerencsén múlt. Hiába lett volna időközben üres férőhely, azt finanszírozási szempontok miatt nem ők kapták meg.

Bettina várandóssága miatt veszítette el munkahelyét, és maradt támogató párkapcsolat híján jövedelem nélkül. A szociális ellátórendszer nem nagyon kínál válaszokat erre a helyzetre (még ha bejelentett munkahellyel rendelkezett volna, akkor is csak három hónapig lett volna jogosult az álláskeresési járadékra), ahogy arra sem, amikor a baba gondozása idején valaki csak a gyermekgondozást segítő ellátásra (GYES) és a családi pótlékra jogosult.

Mindkét anyának több száz kilométert kellett a szülés után utaznia a babájával és egy vadidegen környezetben, természetes támogatók teljes hiányát vállalnia annak érdekében, hogy a gyermektől ne kelljen elválniuk. Egyik esetben ez a szintén támogatásra szoruló férjtől, a másik esetben a nevelőszülőnél nevelkedő nagyobb gyermektől való kényszerű távolmaradást jelentette, vagyis minden szereplő sérüléséhez vezetett.

A szállón dolgozó szociális munkások nagyon lelkiismeretesen végezték munkájukat, és közvetlen munkatársaik is támogatták őket az esetvitelben (például a kórházi látogatások, orvoshoz kísérés átvállalásával), ám mindketten arról számoltak be, hogy nagyon megviselte őket ez a közel kilenc hónap. Már az is óriási energiát követelt tőlük, hogy átlássák, melyek a várandós nő támogatásának soron következő lépései, hiszen korábban nem kísérték kismamát. A várandós nőt érzelmileg is sokkal intenzívebben kellett támogatni, mint más lakókat, és gyakran érezték úgy, hogy a rendszer ellen harcolnak. Mindketten arról számoltak be, hogy mintha az állam magukra hagyta volna ezeket a nőket: az egészségügyi és szociális ellátó intézmények ide-oda pingpongoznak velük, anyagi támogatásra nem számíthatnak, a babakelengyét mindkét esetben a munkatársak adták össze, a terhességi vitaminok, vizsgálatok költségét civil szervezetek vállalták magukra. Bár a szülésre mindkét szociális munkás belejött a várandóssággal járó feladatok menedzselésébe, egyöntetűen azt mondták, hogy nem szeretnének a következő évben kismamát vállalni hasonló körülmények között, annyira elfáradtak.

Összegzés

Az Európai Gyermekjogi Garancia¹⁰ kimondottan a szegénység és kirekesztés veszélyében élő gyermekek életésélyeinek javítását célozza. A stratégia öt kiemelt terület közül az egyik a megfelelő lakhatás. A magyar állam akciótervében ezt elsősorban a családok átmeneti otthonai külső férőhelyeinek megerősítésével kívánta elérni, melyből a stratégia első két évében 22 lakásban 109 új férőhely kialakítását jelentette, majd 2023-ra további 10 lakást terveztek átadni (Európai Gyermekgarancia). Ez az intézményekből való kilépést teszi lehetővé a már bent élő családoknak, az épp gyermeket várók számára nem jelent megoldást. Szintén tervezik a „családi válsághelyzetek, a családban lévő működési zavarok kezelése, csökkentése érdekében támogatni kell a szülői kompetenciafejlesztésre, a szülők edukációjára irányuló programok megvalósítását és a megelőző közösségi alapú kezdeményezéseket, figyelemmel a fogyatékkal élő gyermekek szempontjaira is” (ibid), azonban ennek mikéntje még nem ismert.

Az esettanulmányok plasztikusan mutatják be, hogy amellet, hogy a hajléktalan kismamák helyzete egyébként is tele van bizonytalansággal, mekkora feszültséget okoz bennük, hogy amennyiben maguk szeretnék nevelni a születendő gyermeküket, nem tudják, hogy erre van-e reális lehetőségük, mert túl kevés a rendelkezésre álló férőhely. Éppen ezért feltétlenül szükségesnek tartjuk az anyaotthonokban és a családok átmeneti otthonában elérhető férőhelyek növelését, valamint egyéb, intézményen kívüli, de támogatott lakhatási lehetőségek létrehozását is. Szilvia és Bettina esete is rávilágít, hogy a befogadó nyilatkozat mennyire fontos eleme volt a szülésre való felkészülésnek, illetve hogy az elérhető hely hiányában egy párnak arra vonatkozóan kell döntést hoznia, hogy szétválnak, mert így legalább az egyik szülővel maradhat a csecsemő. Az általános kapacitásnövelés mellett fontosnak tartjuk a jellemző igénybevevői körtől távolabb eső leendő lakók befogadásának biztosítását is, gondolunk itt például a kiscsaládokra vagy a pszichoszociális fogyatékkal élőkre. Az országos befogadó intézmények kétségkívül mintegy utolsó mentsvárként jelennek meg mind a szülők, mind az őket kísérő szakemberek számára, s a bemutatott két édesanya esetében is a bár áldozatot kívánó, de biztosnak mondható elhelyezést jelentették. De pont ezek miatt az áldozatok, támogató és kapcsolati hálót nyírbáló helyzetek miatt szorgalmazzuk, hogy ne csak országosan legyen elegendő férőhely, hanem régióként is a valós szükségleteknek megfelelően, hiszen az új város, új környezet önmagában is kihívást jelenthet, azonban ahogy a példák is mutatják, a megyeváltás, a fizikai eltávolodás a másik gyermektől vagy a pártól való elszakadást is jelenti.

A fentiekhez kapcsolódóan támogatnánk olyan férőhelyek létrehozását, melyek kifejezetten várandós nőknek és családoknak jelent lakhatást, akár krízisjelleggel. Elsősorban a túljelentkezés és a normatívakiesés miatt a családok átmeneti otthonai várandós nőket nem nagyon fogadnak, azonban a nők és megszületendő gyermekük számára is fontos lenne, hogy a terhesség időszaka is biztonságban, nyugalomban teljen. Az ilyen intézményekben olyan munkatársak dolgoznának, akik speciálisan képzettek erre a célcsoportra, nemcsak kiemelt empátiával rendelkeznek, hanem vonatkozó szaktudással is, hogy a szülés előtti és az azt követő adminisztratív és egyéb teendőket már-már rutinszerűen segítsék. Bár Szilvia és

¹⁰https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/addressing-poverty-and-supporting-social-inclusion/investing-children/european-child-guarantee_en

Bettina is úgy döntött, hogy maga neveli a születendő gyermeket, elvárható lenne, hogy egy ilyen intézménytípusban az örökbeadás folyamatával, feltételeivel is tisztában legyenek a munkatársak. S természetesen az is, hogy ne csak szociális munkások segítsék a leendő szülő(ke)t, hanem egy multidiszciplináris team.

A szakmaközi együttműködés ezen a területen is kiemelten fontos lenne. A kismamát körülvevő szakemberek egyeztetése, információ- és felelősségmegosztása nemcsak az egyes segítők terheit csökkentené, hanem kifejezetten az édesanya javát szolgálná. A szakemberek jelenlegi túlterheltsége nehezen teszi lehetővé, de a támogató szervek munkatársai közötti esetmegbeszélések és -konferenciák hosszú távon időt és energiát spórolnának. Bettina esetében például, ha a nevelőszülők és az őket kísérő gyermekvédelmi alapellátás szakemberei is részt vettek volna a támogatásban, talán sikerült volna a nő számára budapesti fogadóintézményt találni, és így nem kellett volna elszakadnia kisfiától. Javasoljuk, hogy a krízistanácsadást, ami jelenleg az örökbefogadói rendszer része, sorolják át akár a családsegítő szolgáltatásba, akár a védőnői hálózatba, de a kórházak szülészeti osztályán is bevezethető lenne ez a szolgáltatás.

Kifejezetten a hajléktalanellátás területén maradva fontosnak tartjuk a várandós nőket kísérő szociális munkások tehermentesítését. Az interjúkból is látszik, hogy nemcsak a ráfordított munkaórákban jelent aránytalan terhelést egy ilyen különös odafigyelést igénylő ügyfél, hanem a határtartás is nehezebb, az esetkezelőnek készülnie kell a találkozásokra, utána kell olvasnia olyan dolgoknak, amikben nincs tapasztalata vagy, aktualizálnia kell a már meglévő tudását. Jó lenne, ha a kismamákkal foglalkozó szociális munkások kevesebb lakó életét kísérnék, hogy így minél minőségibb támogatást nyújthassanak nekik. Szintén fontos, a kiégést megelőzendő lépés lenne, ha az eset lezárásakor vagy a szülést követő időszakban a szociális munkás legalább egy hét szabadságot kapna. Hosszú távon ez a szemlélet egyéb kiemelten sérülékeny csoport tagjaira is kiterjeszthető lenne.

Kifejezetten jónak tartanánk, ha az intézményekben olyan dedikált munkatárs, akár gondozó dolgozna, akinek munkaköréhez tartozna a kismama kísérése a különböző egészségügyi vizsgálatokra és ügyintézésekre, hiszen az erős önértékvényesítő képességekkel rendelkező ügyfelek is rengeteg akadályba ütköznek. Amellett, hogy egy ilyen kolléga jelenléte nagyobb garanciát jelentene a stigmatizáció megelőzésére, az együtt töltött idő, a vizsgálatra vagy ügyintézésre való eljutás lehetőséget adna arra is, hogy a várandós ügyfél esetleges szorongását csökkentse.

Mindkét esetben problémát jelentett a tárgyi feltételek maradéktalan biztosítása és a szállítás is. A civil szervezetek vagy önkéntesek bevonása elképzelhető akár ezeken, akár más területeken is, például a szülésfelkészítésben vagy a szoptatási ismeretek átadásában, hiszen a szociális munkás sem tudhat mindent.

Az esetkezelők és az intézmények tehermentesítésének egyik módja lehet a várandósprotokoll és „kisokos” kidolgozása. Az interjúalanyok is megfogalmazták, hogy nem mindig volt számukra világos, kit és mikor kell felkeresniük, kivel kell kapcsolatba lépniük. Egy sorvezető ebben segítséget adhat, s akár annak a feszültségét is oldhatja, hogy valami kimaradt. De emellett fontosnak tartjuk azt is, hogy legyen egy szervezeti állásfoglalás arra vonatkozóan, miben és milyen támogatást kapnak a várandós hajléktalan nők. Bár mindkét esetkezelő bevonta a Várva Várt Alapítványt, az, hogy a kismamát anyagi tartalék nélkül kell elengedni egy másik városba, ahol a leendő intézmény nem tudja támogatni az újszülött

ellátásához szükséges eszközökkel, érezhetően nagy terhet tett mind a kismamákra, mind a szociális munkásokra. A munkatársaknak szóló ismeretterjesztő anyag ugyanakkor nemcsak praktikus információkat tartalmazna, hanem azt is tárgyalná, hogy a várandósság ténye nem jelenti azt, hogy a nő nevelni fogja a gyermekét, hiszen szabadon dönthet akár az abortusz, akár az örökbefogadás mellett. Főként az előbbi esetben előfordulhat, hogy ezt nem tudja támogatni a szociális munkás, mert világnézetével ellentétes a terhességmegszakítás.

Kiemelten fontosnak tartjuk a segítők segítségét, ezért folyamatos, akár kötelező szupervíziót javasolunk a kismamát kísérő szociális munkásoknak. Amellett, hogy rengeteg idő és energia egy hajléktalan terhes nő támogatása, jellemző, hogy a szociális munkások kettős présben vannak. Előfordulhat, hogy bár a kismama szeretné maga nevelni a gyermekét, azonban az erről döntő szereplők, a családsegítő munkatársa és a védőnő – bár nem ismerik igazából – nem tartják erre alkalmasnak, ami egyfajta rendszerabúzusként is értelmezhető. A támogató szereplők közül ezek a nők legjobban a hajléktalanszálló szociális munkásához kötődnek, hiszen vele találkoznak a legtöbbször. Ez azt is jelenti, hogy a szereplők közül ő érezheti a legnagyobb felelősséget abban, hogy felkészítse a leendő édesanyát arra is, ha nem nevelheti a gyermekét – akár alkalmatlanság, akár leendő férőhely hiányában. Ez egy olyan veszteségélmény közlése és kísérése, melyet jó, ha szupervízió támogat, ahol az esetkezelő szabadon beszélhet érzéseiről, nehézségeiről, de akár örömeiről is. Bár az esettanulmányban szereplő mindkét kismama nagyon együttműködő és tudatos volt, de a hajléktalanság gyakran olyan társproblémákkal is jár, mint a veszélyeztető magatartás, szerhasználat, aluliskolázottság vagy pszichoszociális fogyatékoság. Ezek együtt könnyen eredményezhetnek dühöt, tanácstalanságot, melyet szintén oldani tud a szupervíziós folyamat szakmai támogatása. De kiemelt szerepe van az intézmény vezetőinek is.

Bár tanulmányunk a hajléktalan várandós nőkre fókuszál, szeretnénk kiemelni, hogy - ahogy Szilvia esetében is vannak olyan kismamák, akik párkapcsolatban élnek, akik társukkal együtt készülnek a születendő gyermek érkezésére. Fontosnak tartjuk, hogy ők is az esetkezelés kiemelt figyelmébe kerüljenek, hiszen ha fizikailag nem is élik meg ugyanazt, mint a kismama, érzelmeikre ugyanúgy hatással van a várandósság, s ugyanúgy terheli, feszélyezi őket az a bizonytalanság, mely az újszülött biztos elhelyezésére irányul.

Korábbi kutatásaink és folyamatban lévő, éjjeli menedékhelyet igénybe vevő hajléktalan várandós nők körében végzett vizsgálatunk is igazolja, hogy egyre inkább jelen van a másodgenerációs hajléktalanság, illetve Szilvia és Bettina élettörténete is rávilágít, mennyire bizonytalan élethelyzetben nevelkedtek. Mindezek miatt kiemelten fontosnak tartjuk a prevenciós lépéseket, akár az ennek a célcsoportnak kínált további férőhelyek létesítésével, akár az őket intenzíven és összefogóan megtartó szociális támogatás kiépítésével, valamint a saját szervezetünkön belüli vállalásokkal, azok pilot jellegű működtetésével, amik más intézmények által adaptálhatóak lennének.

Irodalom

- Andrek A. (2018): Az apaság pszichológiája. *Kapocs*. 1(4): 5-18.
- Andrek A. (2019): *A szülő–magzat kötődést befolyásoló tényezők vizsgálata párkapcsolati és intergenerációs kapcsolati jellemzők figyelembevételével*. PhD disszertáció. Budapest
- ÁNTSZ (2010): *Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás a várandós anyák és a gyermekek védelemével kapcsolatos területi védőnői feladatok helyi eljárásrendjének kialakításához*. http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/vedono.pdf
- Az Európai Gyermekgarancia végrehajtásáról szóló kétéves jelentés első körének tartalmi és formai követelményei*. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=27603&langId=hu>
- Bányai E. – Kelemen G. (2022): Családok a lakhatás peremvidékén. *Szellem és Tudomány*. 3(4): 5-20.
- Bodrogi B. (2016): *Roma nők helyzete és lehetőségei a szülészeti ellátásban*. Születésház Egyesület.
- Breitner P. – Pataki Z. (2024): *Összefoglaló a 2024. évi Február 3. felmérés eredményeiről*. <https://www.bmszki.hu/hu/rolunk/intezmenyi-beszamolok/2024-evi-intezmenyi-beszamolok> 1. melléklet
- Bödecs T. (2010): *A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetekre gyakorolt negatív hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása*. PhD disszertáció. Pécs
- Budapesti és debreceni adatfelvétel a hajléktalanságról – 2024-2025*. <https://mri.hu/2024okt3-adatfelvetel/>
- Csányi G. – Kerényi Sz. (2018): A „jó anya” mítosza Magyarországon a reprodukív munka és a piac globális történetének szempontjából. *Fordulat*. 24: 134-160.
- Csorba J. – Pataki Z. – Péterfi A. (2011): Budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata (2009). In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 74-82.
- Deli J. – Jonkl M. – Nagy-Hargitai B. – Nagyné V. É – Tamás-Láng A. (2022): *Az örökbefogadás módszertana*. Családbarát Magyarország Központ, Budapest.
- Dolovics A. – Rucska A. (2024): A várandós anyák függőségeinek csecsemők fejlődésére gyakorolt hatása a hátrányos helyzetű családoknál. *Egészségtudományi Közlemények*. 14(1): 22–31.
- Fehér B. (2018): *Női szükségletfelmérés eredményei*. Kézirat.
- Fehér B. – Kovács I. (2018): Különbségek és hasonlóságok. Hajléktalan helyzetű nők és férfiak összehasonlító vizsgálata a 2016. február 3-ai adatfelvétel alapján. *Esély*. 29(6): 33-64.
- Fehér B. – Lengyel L. (2023a): A hajléktalanság női arca. *Párbeszéd. Szociális Munka Folyóirat*. 10(1): 83–99. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2023.10/1/6>
- Fehér B. – Lengyel L. (2023b): Hajléktalanság családok több generációjában. *Esély*. 34(4): 3-19. <https://doi.org/10.48007/esely.2023.4.1>
- Fehér B. – Lengyel L. (2024): Generációkon átívelő ismétlődő (összetett) hátrányok hajléktalan családok körében. *Szociológiai Szemle*. 34(3):4-31.
- Galvácsné Sz. J. – Lakatos Cs. (2024): Várandós nők előzetes szülésélményének és szülési attitűdjének összefüggései. *Egészségtudományi Közlemények*. 14(1): 105-120.

- Gyermekjogi Civil Koalíció (2023): *Nyilatkozat a három év alatti, kényszerűen az egészségügyi rendszerben elhelyezett gyermekek sorsáról.* <https://gyermekjogicivilkoalicio.hu/wp-content/uploads/2025/12/NYILATKOZAT-a-3-ev-alatti-gyermekek-kenyszeru-egeszsegugyi-gondozasarol-2023.pdf>
- Győrffy Zs. – Sándor I. – Csoboth Cs. – Kopp M. (2010): A fizikailag bántalmazott nők reprodukciós zavarai. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*. 11(4): 297-312.
- Győri P. (2017): Hajléktalanság – romák – gyermekszegénység. *Esély*. 28(4): 17-45.
- Győri P. (2020): *Büntető törvény után – világjárvány előtt. Hajléktalanná válás – szolgáltatások – perspektívák.* Február Harmadika Munkacsoport https://menhely.hu/wp-content/uploads/2025/07/f3-gyorsjelentés_2020.pdf
- Gyukits Gy. (2000): Az egészségügy vesztesei. A romák orvosi ellátásának kérdőjelei. *Beszélő*. 5(4): 98-106.
- Gyukits Gy. (2003): Gyermekvállalás a nagyvárosi szegénynegyedben élő fiatalkorú roma nők körében. *Szociológiai Szemle*. 13(2): 59-83.
- Hanák K. (1991): Állami gondozott csecsemők Pest megyében. *Esély*. 3(4): 12-39.
- Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány (2024): *Gyermekjogi jelentés 2024.* https://hintalovon.hu/wp-content/uploads/2025/07/Hintalovon_Gyermekjogi_Jelentes_2024_junius.pdf
- Horváth V. – Papadopoulos D. – Tóth M. – Horváth H. (2021): „Felelősséggel minden magyarért”. *Szociális Szemle*. 14(1): 46-58.
- Kalmár M. (2011): Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In: Balázs I. (szerk.): *A génektől a társadalomig. A koragyermekkori fejlődés színterei.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 206-229.
- Kaló Zs. (2019): Szerhasználó várandós és kisgyermekes nők anyaság-fogalmának feltárása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*. 20(3): 239-266.
- Kaló Zs. – Rácz J. (2011): Nemzetközi tapasztalatok és modellek a droghasználat és gyermekvállalás témakörében. *Addiktológia*. 10(2): 173-189.
- Kaló Zs. (2020): *Bevezetés a szerhasználó nők világába.* L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Katona E. (2025a): A nyílt örökbeadás mint a reprodukív méltányosság határhelyzete. *Esély*. 36(1): 30-44.
- Katona E. (2025b): *A krízisvárandósság társadalmi és szakmaközi kihívásai.* Előadás az „Anyák a krízisben – közösen a megoldásért” II. szakmaközi konferencián. Budapest, 2025. november 19.
- Katonáné P. E. (2025): Tilalmak és tanulságok az örökbefogadás megváltozott hazai gyakorlatáról. *Fundamentum*. (1): 74-85
- Kereki J. – Vargáné M. M. (szerk.) (2014): *Fokozott gondozást igénylő várandós nő és gyermek gondozása.* Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest
- Kerezsi K. (1995): *A védtelen gyermek. Erőszak és elhanyagolás a családban.* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Kisdi B. (2016): Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In: Karlovitz J. T. (szerk.): *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság.* International Research Institute, Komárno. 321-330.
- Kopcsó K. (2020): A várandósság alatti depresszió és szorongás szocio-demográfiai rizikótényezői. *Demográfia*. 63(2–3): 171-197.

- KSH (2025): *Örökbefogadások Magyarországon*.
https://www.ksh.hu/infografika/2025/orokbefogadasok_hu.pdf
- Kumar, A. – Hessini, L. – Mitchell, E. M. H. (2009): Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*. 11(6): 625-639.
- Lánszki R. (2024): Traumatudatos nőgyógyászati szakrendelés.
https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node%20-%20698/Szakmai%20besz%C3%A1mol%C3%B3_N%C5%91gy%C3%B3gy%C3%A1szat_2024.pdf
- Lengyel L. (2021): *Hajléktalan nők. Életutak és nemi identitás*. PhD értekezés. Budapest.
- Makay Zs. – Kapitány B. (2021): Tervezett és nem tervezett várandósságok életkori csoportok és iskolai végzettség szerint Magyarországon. *Magyar Nőorvosok Lapja*. (84): 319-324.
- Miraigliese, L. – Vella, J. – Ponce-Voiron, C. (2021): *Unabri pour toutes. Mieux accueillir les femmes dans les centres d'hébergement mixtes*. <https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2021/10/uapt-rapport-1-web.pdf>
- Náfrádiné T. A. (2012): *A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik*. PhD értekezés. Szeged
- Neményi E. (2006): Miért nem szóltak előre? A lemondó szülők felkészítéséről. *Család, Gyermek, Ifjúság* (15): 6-11.
- Neményi M. (1998): Terhesség, szülés, gyermekgondozás. Cigány anyák az egészségügy kapcsolatrendszerében. *Esély*. 10(2): 20-56.
- Otthon, Mindenkinek – Fővárosi Stratégia az Otthontalanság és a Hajléktalanság Csökkentéséről* 2022.
[https://budapest.hu/api/file/doc/Otthon%252C%20mindenkinek%20\(elfogadott\).pdf](https://budapest.hu/api/file/doc/Otthon%252C%20mindenkinek%20(elfogadott).pdf)
- Pachner O. – Lendvai Zs. (2018): Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők. *Egészségfejlesztés*. 59(2): 26-33.
- Rákó E. (2014): *Gyermekvédelmi intézményekben elhelyezett gyerekek életkörülményei*. Belvedere, Szeged.
- Rákósy Zs. – Szeitl B. (2018): Hajléktalan emberek egészsége. *Demográfia*. 61(1): 29–52. doi: 10.21543/dem.61.1.
- Szabó L. – Veroszta Zs. (2021): Várandósság és szülés. In: Monostori J. – Őri P. – Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai portré*. KSH NKI, Budapest: 65-82.
- Szabó L. – Veroszta Zs. (2022): A folyosó végén. Roma nők a várandósgondozás és szülészeti ellátás rendszerében. *Esély*. 33(3): 3-24.
- Székely Zs. – Csabai M. (2017): Együtt szülés. A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek és a hatalom szempontjából. *Társadalmi Nemek Tudománya*. 7(2): 41-59.
- Szilágyi L. – Rucska A. (2017): A hátrányos helyzetű ifjúság magatartásának vizsgálata. *Egészségtudományi Közlemények*. 7(1): 73-77.
- Szoboszlai K. – Patyán L. (2016): Esettanulmány a szociális munkában. *Párbeszéd*. 3(2)
- Sz. Makó H. (2015): A komplikált gyász megjelenésének jegyei és moderáló változói művi abortuszt követően. In: Kiss E. Cs. – Sz. Makó H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia, Pécs. 94-119.
- Takács E. (2021): „Ha nincs támogató környezet...”. Kismamák lehetőségtere a szolidaritás kontextusában. *socio.hu*. 11(4): 114-137.

Takács F. (2017): Az esettanulmány mint módszertan a szociológiában. *Szociológiai Szemle*. 27(1): 126-132.

Tománé M. A. (szerk.) (2020): *Függőségek, különös tekintettel a női függőségekre*. Nemzeti Népegészségügyi Központ. Budapest.

Udvari O. (2023): Felmérő szakirodalmi áttekintés a szülés körüli anyai tapasztalatok és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolatáról az OECD-országokban. *Demográfia*. 66(2-3): 115-142.

Wells, S. (2018): *Veled, nélküled – Örökbefogadás, valóban olyan egyszerű?* Mózeskosár Egyesület, Budapest.

Jogszabályok

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv>

1997. évi XXXI. törvény a gyermek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv>

49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0400049.esc>

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

2015. évi CXXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. <https://njt.hu/jogszabaly/2015-123-00-00>

AJB-3760/2023. számú jelentése. <https://www.parlament.hu/irom42/07848/07848.pdf>

AJB-2026/2017. számú jelentése (NAIH nyilvántartási szám 40689)