

II. Anna–Joachim-konferencia

Utak a gyermekvállaláshoz –
a pszichológia és a lelkigondozás lehetőségei és eszközei



II. Anna–Joachim-konferencia

Utak a gyermekvállaláshoz –
a pszichológia és a lelkipendozás lehetőségei és eszközei

A konferencia szervezője

APOR VILMOS KATOLIKUS FŐISKOLA

Fővédnök

DR. GLOVICZKI ZOLTÁN

az Apor Vilmos Katolikus Főiskola rektora

Elnök

HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA

az Anna–Joachim-program szakmai vezetője

Szakmai koordinátor

DR. NAGY BEÁTA MAGDA

Titkár

ASZTALOS DÁNIEL és TRIPISKA JULIANNA

2023. november 23–24.

II. Anna–Joachim-konferencia

Utak a gyermekvállaláshoz –
a pszichológia és a lelkigondozás lehetőségei és eszközei

*Beszámolók, előadások
és absztraktok a konferencia anyagából*

Szerkesztette

HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA



APOR VILMOS KATOLIKUS FŐISKOLA

VÁC, 2024

Lektorálta

DR. NAGY BEÁTA MAGDA



BELÜGYMINISZTERIUM

A konferencia megrendezését és kötetünk megjelenését támogatta a Belügyminisztérium.

© Apor Vilmos Katolikus Főiskola, 2024

TARTALOM

ELŐSZÓ (Homokiné Hollósi M. Cecília)	7
---	---

PLENÁRIS ELŐADÁSOK

DR. LAKATOS ENIKŐ: <i>Lelkigondozás vs. imádság a várva várt gyermekekért</i>	9
HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA: <i>Az Anna–Joachim-program hatékonyságvizsgálata – az utánkövetés eredményei (Hogy vannak a párok kilenc hónappal később?)</i>	23

SZEKCIÓBESZÁMOLÓK ÉS -ELŐADÁSOK

DR. LAKATOS ENIKŐ: <i>Lelkigondozás meddő párokkal. Szekcióbeszámoló</i>	39
DR. LAKATOS ENIKŐ: <i>Az ökumenikus kórházi lelkigondozás a Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós Centrumában</i>	43
KOVÁCS FERENC – KOVÁCSNÉ TREER MÁRIA: <i>Akikért nem szólt a harang (Lelki gyógyulás útja a „Ne félj, nem ítélek el!” lelkigyakorlaton)</i>	52
TANÁCS ESZTER: <i>A gyermektelen életpálya. Szekcióbeszámoló</i>	61
TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA – DR. NAGY BEÁTA MAGDA – DR. ARANYI GÁBOR: <i>A jövővel kapcsolatos bizonytalanságok és a gyermekvállalás összefüggései</i>	64
ASZTALOS DÁNIEL – TRIPISKA JULIANNA: <i>Meddő párok kísérése. Szekcióbeszámoló</i>	79
ASZTALOS DÁNIEL: <i>A párterapeuták férfi-női szerepei régebb óta gyermekre vágyó párokkal végzett munkában</i>	81
M. DR. DULÁCSKA CSILLA: <i>Cikluskövetési módszerek – Esetbemutató és jó gyakorlatok. Szekcióbeszámoló</i>	89
KISSNÉ VARGA ERZSÉBET – DR. NAGY BEÁTA MAGDA: <i>Reproduktív egészség és termékenységi ismeretek a 18 és 25 év közötti fiatalok körében</i>	93

WORKSHOPOK

DR. PIRISI EDINA ENIKŐ: <i>Mérföldkövek és dilemmák az örökbefogadási folyamat első lépéseinél. Workshopbeszámoló</i>	119
DR. SZIGETI F. JUDIT – SOLTÉSZ KRISZTINA: <i>A reprodukzív pszichológia és a foci esete, avagy tényleg mindenki ért hozzá?</i>	126

ABSZTRAKTOK

DR. BÁLINT BALÁZS: <i>A helyreállító orvoslás lehetőségei termékenységi nehézségekkel jelentkező pároknál</i>	138
BÉKÉSI TÍMEA – TANÁCS ESZTER: <i>A „Nem lettem anya veszteségfeldolgozó csoport” bemutatása</i>	139
HORTOBÁGYINÉ DR. NAGY ÁGNES – DÉRI ÉVA: <i>A korai prevenció lehetőségei a „Boldogabb családokért” CSÉN és a Ciklus-show programban – 35 év távlatában</i>	140
KÉPESNÉ SINKA SZILVIA VIKTÓRIA: <i>Hogy szól a TE történeted?</i>	141
LÁBÁNNÉ HOLLAI KATALIN: <i>„Megszabadítottál szégyenemtől”</i>	143
DR. MÁRKUS BERNADETT – DEÁK ESZTER: <i>Ciklus Csoda. Test- és termékenytudatossági oktatóprogram</i>	144
DR. NAGY BEÁTA MAGDA: <i>A meddőség társadalmi kontextusa</i>	145
NAGY ZSOLT: <i>Perinatális veszteség feldolgozása a párok életében</i>	146
SALAMON ADRIENN: <i>Eltűnt napok</i>	147
SCHAFFLER ORSOLYA: <i>Cikluskövetési módszerek és jó gyakorlatok</i>	148
DR. SCHÜMEKY-DÁSZKÁL ANGÉLA: <i>Az örökbefogadás jogi rendszere Magyarországon</i>	149
SZIGETVÁRI ZSUZSA – VOLENSZKI VITA – JÁVORI ZSÓFIA – HARAKÁLY ZSUZSA ZSÓFIA: <i>„Összhangban a termékenységünkkel”</i>	149
SZIMON PETRA – SEVCSIK M. ANNA: <i>A perinatális veszteség árnyalatai a valóság tükrében</i>	150
TOKODI LÁSZLÓ OP: <i>Meddőség és prevenciója a lelkipozíciós gyakorlatban a Szent II. János Pál Intézet kereteiben</i>	151
SZERZŐINK	153

ELŐSZÓ

A II. Anna–Joachim-konferencia írásos lenyomatát tartja kezében a kedves Olvasó.

Az Anna–Joachim-programot az Apor Vilmos Katolikus Főiskola hívta életre immár öt éve azzal a céllal, hogy egy világosan keresztény-katolikus értékrendű környezetben szakmailag megalapozottan pszichés és spirituális segítséget nyújtson a meddőséggel, nehezített gyermekvállalással küzdő házaspároknak.

Második konferenciánk, a hagyományoknak megfelelően, széles körben szólította meg a szakembereket és igyekezett bemutatni mind a jó gyakorlatokat, mind a friss kutatásokat és elméleteket.

A plenáris előadások a téma interdiszciplinaritását tükrözték, hiszen különböző tudományterületek – teológia, medicina, szociológia, pszichológia, pedagógia, jog – szakemberei kaptak szót.

A már megszokott tematikán kívül idén hangsúlyt kapott a perinatális gyász, az örökbefogadás és a meddőségről való médiabeli kommunikáció is.

Konferenciánkat a kötetünkben szereplő szekcióelőadásokon, műhelyeken kívül kerekasztalbeszédetek is színesítették, de ezekről sajnos nem készültek beszámoló írások.

Szeretnénk minél több színt megmutatni konferenciánkból, ezért kiadványunkban megjelenik valamennyi előadás és műhelyismertető vagy szerkesztett, teljes formájában, vagy absztraktként.

Reméljük, hogy kötetünk kiteljesíti az Anna–Joachim-program vállalt küldetését, és amellet, hogy haszonnal forgathatják a segítő szakemberek és a segíteni vágyó barátok, rokonok, járható utat mutat a nehezített termékenységgel küzdő pároknak is.

Homokiné Hollósi M. Cecília
szerkesztő

Lelkigondozás vs. imádság a várva várt gyermekekért*

EGÉSZSÉG, BETEGSÉG, REPRODUKCIÓS PROBLÉMA

Egészség, betegség

A betegség klinikai-természettudományos meghatározása a fennálló zavart a szervezet rendellenes működése szempontjából értelmezi. E tekintetben a betegség olyan állapot, ami funkcionálisan fennálló működési zavart feltételez (*Hézsér, 1995*). A Biblia ugyanakkor az emberi lét egészét szemléli. Így betegségen az emberlét isteni rendtől és rendeltetéstől eltérő állapotát érti, ami megnyilvánulhat testi (például a vérfolyásos asszony, Mk 5,25–34) és lelki működészavarban (például a néma lélek kiűzése, Lk 9,37–43a) vagy szellemi tévelygésben (például a gadarai megszállott, Mk 5,1–20). Amennyiben valamelyik létdimenzió-nak aránytalanul megnő a jelentősége, esetleg az élet középpontjába kerül, akkor megbetegíti az embert, akit pusztulás fenyeget (*Németh, 2021*).

A keresztyén egészség–betegség–értelmezés alapja, hogy Jézus Istenfiúként elutasította az ószövetségi hagyományon alapuló betegség és bűn közötti ok-okozati összefüggést, és gyógyításaiban az ember egészségessé válása került középpontba. Jézus a betegségcentrikus szemléletet Istenhez irányította. Gyógyítási történeteiben kulcsszerepe van a teremtető Istenbe vetett bizalomnak, ami hozzásegíti a beteg embert az Isten szerinti eredeti létállapot (Isten és ember közötti bűn nélküli, különleges, őszinte kapcsolat) eléréséhez. Hangsúlyozta a betegség céljának feltárását, mert a betegség és a szenvedés csakis Krisztus szenvedése és feltámadása révén értelmezhető. Jézus halálával és feltámadásával a teremtető Isten szuverenitását¹ szolgálta, akinek az erőterében körülményeink ellenére is teljes az élet (*Németh, 1993*).

* Az I. Anna—Joachim-konferencián (2022. november 18-án) elhangzott előadás írott változata.

¹ A hatalom önálló gyakorlása.

Mára a pszichoszomatikus szemlélet az embert a testi-lelki-szociális és spirituális összefüggéseiben vizsgálja, amely területek egymás mellett, egymást kiegészítve érvényesülnek. A gyógyítás holisztikus szemlélete tehát az egész tekintetében értelmezi a megsérült részt. Megjegyzendő azonban, hogy a lelki és a spirituális szegmens még mindig kisebb jelentőséggel bír, jóllehet legtöbb esetben a betegségben szenvedő ember tüneti kezelése, gyógyítása mellett a beteg igénye a pszichés és spirituális támogatás is. Egyfelől azért, mert a hirtelen megtapasztalt szenvedés megmagyarázhatatlan és feldolgozatlan élmény, másfelől azért, mert olyan belső feszültségek kerülnek felszínre (családi, munkahelyi problémák stb.), melyek a normális életviszonyok közepette kezelhetőek, de jelen helyzetben nehézséget okoznak (*Somosné Tésenyi, 2009*).

Összességében elmondható tehát, hogy a bibliai ember istenképősége kapcsolati jelleggel bír, előfeltételezi a kapcsolatot a teremtető Istennel és lehetővé teszi a kapcsolódást a másik emberhez (*Németh, 1993*).

Amikor nem jön a várva várt gyermek

A meddőség hazai előfordulása megfelel a nemzetközi arányoknak, így a fogamzóképes lakosság 9–15%-át érinti (*Boivin et al., 2007*), ami a kilencvenes évek óta növekvő tendenciát mutat (*Direkvand-Moghadam et al., 2014*). A meddőség biomedikális értelmezése a reprodukciós problémákat orvosi okoknak tulajdonítja. Így meddőségen a legalább tizenkét hónapon át tartó rendszeres, védekezés nélküli nemi élet ellenére sem létrejövő terhességet érti (*Zegers-Hochschild et al., 2009*).

A meddőségi állapot mentén fellépő pszichés következmények (frusztráció, düh, önértékelés csökkenése, identitásválság, veszteségérzet, házastársi konfliktusok, szexuális problémák előfordulása, lehangoltság stb.) nemcsak ma, hanem a bibliai időkben is beazonosíthatóak voltak. Mára további szenvedések forrásává válhat az asszisztált reprodukciós kezelések „érzelmi hullámvasútja” (*Greil, 1997*) is. A család, a barátok és a tágabb környezet (például gyülekezeti közösség) részéről tanúsított értetlenség, tapintatlanság, esetleg az érdeklődés hiánya, ami hosszú távon az érintettek eltávolodásával, elidegenedésével, sőt kirekesztettséggel (stigma²) is járhat.

² Tudatlanság vagy félreértés által nyert megbélyegzés, ami jogosulatlansága ellenére mentális nehézséget okozhat az érintett kisebbségnek.

Fontos kiemelni a meddőség biológiai és pszichés aspektusai mellett a nem kívánt gyermektelen életforma keresztyén kultúrkörben nyert megközelítését is, ami segítséget nyújthat a reprodukciós probléma mélyebb értelmezéséhez. E tekintetben az életeseményeinkben fellelhető nehézségek nem Isten büntetéseként, hanem az Ő inaktivitása révén értelmezhető. Mindez nem az emberi, hanem sokkal inkább az isteni oldalon fellelhető hiány megmutatkozása. Így a reprodukciós problémákkal küzdők körében sem szükséges felismerni a közvetlen isteni beavatkozást – akár a büntetés, akár az áldás jelenlétét –, hiszen számos esetben – a Biblia tanúsága szerint – az érintettek feddhetetlen életűek voltak, akik nem érdemelték meg sorsukat (*Moss & Baden, 2015; Lakatos, 2022*).

LELKIGONDOZÁS

A vallásosságról általában

A vallásosság különleges lehetőséget kínál az élet értelmességének átélésére. Az élet értelmességének szubjektív élménye olyan személyes meggyőződést foglal magában, ami a múlt, a jelen és a jövő eseményei között valamiféle jelentésbeli kapcsolatot feltételez, ezáltal az egyén életének nagy távlatú célt és rendeltetést tulajdonít (*Steger & Frazier, 2005; Martos, 2010*). A vallásosság társadalmi szerepe pedig abban rejlik, hogy intézményes formában örökíti át az emberi jólléthez és együttéléshez nélkülözhetetlen célokat és értékeket, mint például a belső fejlődés, a kapcsolatok fontossága és a közösség iránti elkötelezettség (*Martos, 2010*).

E tekintetben fontos kiemelni, hogy az értelmet megélő személyek egyfelől olyan tetteket képesek véghez vinni és olyan élményeket élnek át, amelyeket érdemesnek éreznek arra, hogy megvalósítsanak, megtapasztaljanak, másfelől képesek arra, hogy értelmet találjanak az általuk nem módosítható, kedvezőtlen adottságokban is. Az értelmesség élménye alapvető pszichológiai erőforrásként funkcionál. Így amennyiben az egyén meg tudja találni az értelmet élethelyzetében, akkor sikerül megőriznie testi-lelki egészségét (*Martos, 2010; Martos & Konkolý Thege, 2012; Szy, 2015*). A kutatások a vallásosság (transzcendencia nagyobb mértékű bevonása) és az élet értelme dimenzió szoros kapcsolatát igazolják (*Martos, 2010*), így a vallás iránt mélyebben elkötelezett személyek nagyobb fokú értelmességet élnek meg az életükben (*Fry, 2000; Krok, 2015, 2017; Gergely et al., 2020*).

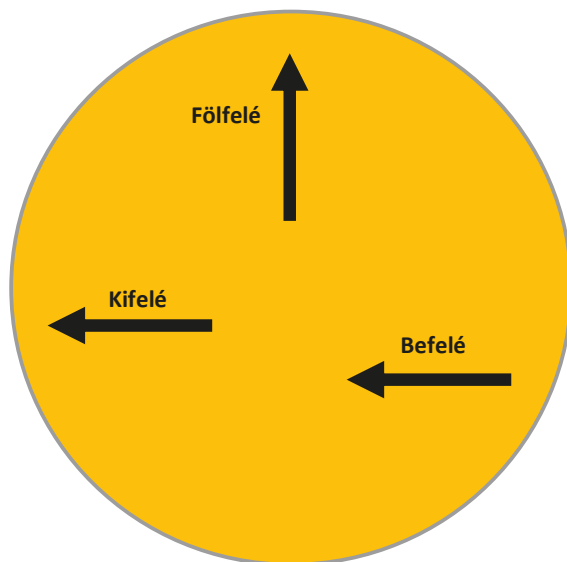
A vallásosság tehát hatékony segítséget nyújthat a nehéz élethelyzettel fennálló tartós stresszel szembeni megküzdésében. Kapcsolatot mélyít Istennel úgy, hogy a reprodukciós problémával küzdők személyes istenkapcsolata és hitvallási meggyőződése révén gazdagítsák erőforrásaik önszabályozó mechanizmusát, ezáltal segítsék belső békességük megragadását és megőrzését, továbbá közösségi szintű kapcsolatrendszerüket – család, barátok, munkatársak stb. (Michna, 2018).

Keresztyén lelkigondozás

A lelkigondozás spirituális dimenzióban és adott időkeretben értelmezett személyes kapcsolati történés, aminek fókuszában az emberi lét egzisztenciális kérdései – például szenvedés, élet, halál – állnak (Weiss, 2011). Más meghatározás szerint a lelkigondozás a segítség egyik speciális formája, ami az évszázados fejlődése során a humán tudományokkal való párbeszédben kialakította a specifikus, csak rá jellemző megközelítéseket és eszközöket, amelyekkel képes elérni céljait és meg tudja valósítani küldetését (Csáky-Pallavicini et al., 2008).

A lelkigondozói segítő kapcsolat szükségességének gondolata Európában először Hollandiában fogant meg, de a szemlélet elsajátíthatóságának és fejleszthetőségének kezdeményezése Amerikából ered és az ötvenes évek végén érkezett kontinensünkre. Létrejöttét az a gyakorlatias felismerés segítette elő, hogy orvosok, pszichológusok és lelkigondozók együttműködve hatékonyabban képesek segíteni a beteg embert. Ebből a felismerésből fejlődött ki később a klinikai lelkigondozás, majd önálló tudományterületként jelent meg a pásztori lélektan (Debrecenyi, 2013). A lelkigondozás története tehát a társtudományokkal való kapcsolata felől írható le oly módon, hogy a humán tudományok elméleti és gyakorlati fejlődése arra készítetett egyes lelkigondozókat – és a hatásukra kialakuló irányzatokat –, hogy átvegyenek olyan elméleteket és gyakorlatot, amelyek alkalmazása elősegítheti a lelkigondozott vallási, spirituális fejlődését. Mindezek fényében a lelkipásztori konzultációra (*pastoral counseling*) építkező személyközpontú lelkigondozás úgy határozta meg a lelkigondozói tevékenység lényegét, mint az Istentől az emberek felé irányuló kapcsolati meghívást, ami lehetővé teszi Isten jóságának megtapasztalását a rogers-i szemléletű kapcsolati struktúra keretei között. Rogers szemléletében ugyanis kiindulási pontnak számít a terapeuta elfogadó és empátiás magatartása (Rogers, 2008; Török, 2013).

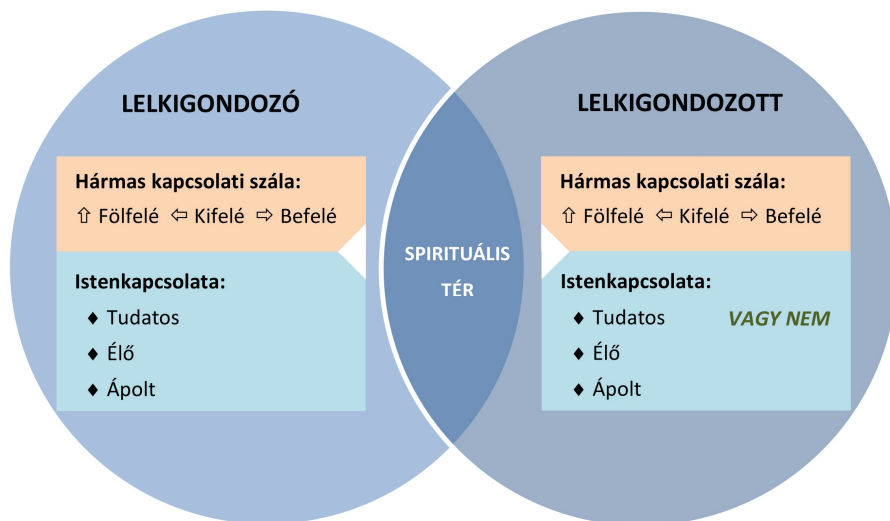
Debrecenyi Károly István szerint az élet a létezés kapcsolati hálójának megragadása, és ebben a hármas kapcsolati szálban értékelhetjük a lelkigondozottat is (Debrecenyi, 2013) (1. ábra).



1. ábra. A hármas kapcsolati szál sémája (Debrecenyi, 2013)

Partnercentrikus, gyógyító lelkigondozás

Az empirikus lelkigondozás módszere a folyamatos partneri kapcsolódás, ami két partner közötti dialogikus kapcsolatban valósul meg (Gyökössi, 1986). A partnercentrikus gyógyító lelkigondozás feladata, hogy megalapozza, megerősítse és megújítsa az életet. Így a lelkigondozás fókuszában az emberi lét értelmének (hit), Isten terve szerinti kibontakozásának (remény) és társas vonatkozásainak (szeretet) kérdése áll (Németh, 1993). A partnercentrikus lelkigondozás eszköze az evangélium kommunikálása (Boros, 1979). A lelkigondozás ugyanis az evangélium hirdetése kapcsán megélt evangélium. A Biblia központi üzenete Isten emberszeretete, azé az Istené, aki közel akar kerülni teremtményéhez, ami számos esetben a lelkigondozás biztonságában teljeshet ki (Csoma, 2021). Így a lelkigondozás tevékenysége a spirituális erőterben válik teljessé.



2. ábra. A lelkigondozó emberképe (Debrecenyi, 2013)

A klinikai lelkigondozás ismérvei

- *Emberközpontúság* (kliensközpontúság): Elfogadjuk a kliens testi-lelki-szellemi-spirituális státuszát. Nem vezetjük, hanem kísérjük, hogy a válságból minőségi változás (döntés, válasz stb.) szülessen. A segítő a problémák megoldásában partnernek tekinti a lelkigondozottat és igyekszik megérteni/megérezni a szükségleteit.
- *Nondirektivitás*: Kerülni kell az általánosítást, a vallás és az erkölcs összefüggéseinek túlhangsúlyozását, az ítéletmondást és a hittérítést. Lelkigondozói státuszban vallást tehetünk hitünkről vagy a hit gyógyító erejéről, amennyiben a másik fél a kezdeményező. Fontos azonban megjegyezni, hogy krízis³ esetén nem alkalmazható a nondirektivitás.
- *Empátia*: Közel engedjük magunkhoz a kliens érzéseit, és támogatóan jelzünk vissza, hogy mozgósíthassa saját erőforrásait az egyensúly visszaállításához. Így nem veszítjük el az objektivitást, ami elengedhetetlen a segítségnyújtásban.
- *Tapintat*: A betegség sajátos válságállapot, a személyiséget próbára tevő kihívás, amikor az ember érzékennyé válik. A segítő részéről tehát elengedhetetlen a beleézés, beleélés képessége a másik lelkiállapotába. Beleéléssel lehet

³ Krízisállapot alatt a betegstátuszhoz (a beteglét, a diagnózis, a kórházba kerülés, az operációk stb.) kapcsolódó belső és külső történéseket értjük.

tudatosítani az élményét, amit a megértéshez szükséges feldolgozás nyomán szükséges verbalizálni⁴.

- *Emberkép*: Létezni annyi, mint kapcsolatban lenni Istennel (a transzcendenssel), környezetünkkel (embertársak, természet), önmagunkkal (értékeinkkel, fogyatékosságainkkal, örömeinkkel, gondjainkkal). A bibliai emberkép aspektusai oda-vissza hatnak egymásra. A beteget ebben a hármas rendszerben szükséges segíteni és támogatni.
- *Spiritualitás*: A lelkigondozói kapcsolatban jelen van a spiritualitás⁵. A lelkigondozó figyelembe veszi, hogy az ember spirituális lény, a hit pedig személyes élmény és döntés.
- *Szakmai felelősség*: A betegek körében végzett szolgálatot személyiségükben alkalmas, szakmailag felkészült, gyógyító szakemberekkel konstruktív együttműködésben kell végezni.
- *Alkotó ökumenizmus*: A klinikai lelkigondozás a felekezeti közti együttműködés helye.
- *Interdiszciplinaritás*: A gyógyítás holisztikus szemléletben válik hatékonyná. Amennyiben az egyik rész megbetegszik, a teljes (test-lélek-szellem egységében élő) ember gyógyítása szükséges.
- *Folyamatos szakmai kontroll és támogatás*: A lelkigondozás szolgálatát nem lehet magányosan végezni, mert a segítő foglalkozásúak különösen ki vannak téve a kiégés, a kifáradás, az elmagányosodás veszélyének. Ügyelni kell a szolgálat szakmai kontrolljára (egyéni és csoportos szupervízió⁶), képzések, továbbképzések, esetmegbeszélések rendszeressége.
- *Hitelesség*: A tanácsadó akkor tud segíteni, ha nyitott és őszinte partnerével, ha tettei megfelelnek érzéseinek, míg az őszinteség hiánya mérgezi a kapcsolatokat (Debrece nyi, Nemes & Szarka 2004; Debrece nyi, 2013).

A keresztyén gyógyító lelkigondozás tekintetében azt is ki kell emelni, hogy Margareth Dougherty nővér nyomán a lelkigondozói kapcsolatnak négy szintjét különböztetjük meg. A jelenlét, a meghallgatás, az értelemkeresés és az ima szintjeit (Dougherty, 1995; Debrece nyi, Nemes & Szarka, 2004), jóllehet a lel-

⁴ verbalizálás = szóbeli közlési mód

⁵ A spiritualitás fogalma a materialitáson vagy az egón túl lévő transzcendenshez fűződő viszonyt foglalja magában (Farkas & Gerevich, 2005).

⁶ A szupervízió a gyakorlati tapasztalatokból kiinduló és oda visszacsatoló tanulási folyamat. Célja a segítő szakmában dolgozók mentális védelme és szakmai kompetenciájuk fejlesztése.

kigondozó a lelkigondozott igényeire reagálva teremti meg a kapcsolati kereteket attól függően, hogy mely szinten lehetséges a kapcsolódás.

Mindezt megelőzi a megtalálhatóság vagy az elérhetőség szintje, azaz meghatározott tér és idősíkból érzékelt jelenlét a kórházakban, a gyülekezetekben, a lelkigondozói központokban stb. Ott, ahol az emberek a hétköznapijait élik. E tekintetben válik a lelkigondozói kapcsolat megteremtésének alapvető feltételévé a lelkigondozói bizalom megélése, mivel a bizalom fokozatos megszületése révén tárul fel a lelkigondozott létkérdése.

A lelkigondozói kapcsolat következő szintje a meghallgatás tere. A nondirektív segítő beszélgetés, a rogers-i („*counseling*”) tanácsadás abból az alapfeltevésből indul ki, hogy az ember mentális jóllét állapotának aktivizálása lehetővé teszi a segítséget kérő számára az önerőből történő eredményes problémamegoldást (*self-help*) (Faber & van der Schoot, 2002). Itt a meghallgatás az érzelmek visszatükrözése révén végzett aktív figyelmet jelent oly módon, hogy a lelkigondozottban mélyebben és pontosabban fogalmazódják meg az a teher, amire egyedül nem képes megtalálni a választ (Káposztássy, 2022). A lelkigondozás során számos alkalommal tapasztalható, hogy már a meghallgatás is gyógyít.

A lelkigondozói tevékenység következő szintje az értelemkeresés úgy, hogy a saját erőforrások révén sikerül megtalálni a probléma megoldásának módját. Ezen a ponton lehet helye egy-egy szentírási idézetnek, történetnek vagy a lelkigondozó személyes hitvallásának, amennyiben a személyes bizonyoságtétel előreviszi a másik embert.

A lelkigondozói kapcsolat következő, azaz negyedik szintje az imádság lehetősége. Megjegyzendő azonban, hogy az ima vagy más vallásos szimbólum (például úrvacsora, áldás) csakis akkor épületes a lelkigondozói kapcsolatban, ha azt a lelkigondozó oly módon képes beemelni és aktivizálni, hogy az ne csorbítsa a lelkigondozott felelősségét problémája megoldásában (Faragó, 2008). Ily módon válik érvényessé Baumgartner megállapítása, miszerint a lelkigondozóknak fel kell tárniuk az életet alakító „Isten-történetek” erejét, és lehetővé kell tenniük a lelkigondozottak számára, hogy érintkezzenek velük, és útkeresésükben felhasználják azokat (Baumgartner, 2003).

Összességében tehát nem a vallásos tartalom vagy egy speciális módszer a lelkigondozás súlypontja, hanem a találkozás, ami maga a lelkigondozás (Török, 2013). E tekintetben a lelkigondozó felelősséggel tartozik az Isten és a másik ember felé, aminek a szakmai felkészültség és a megélt hit egyaránt feltétele

(Németh, 1993). Ebből következően a lelkigondozói beszélgetés középpontjában az egyéni életeseményeit átélő ember áll (élettörténetével, szabadságával, lehetőségeivel, félelmeivel stb.), aki újraértelmezi identitását az Istennel való viszonyában (Debrecenyi, Nemes & Szarka 2004; Debrecenyi, 2013). Továbbá e területen sem kerülhető meg az interdiszciplináris párbeszéd, amennyiben elfogadjuk, hogy a lelkigondozás segítő tevékenysége a személyi és szakmai kompetenciák összessége, ami a racionális léten túl válik teljessé (Török, 2022).

AZ IMÁDSÁG MINT LELKGONDOZÓI ESZKÖZ

A szent egyszerre rémületes, irracionális és vonzó, ami előtt retteg az ember és mégis vágyik megismerni. A szent különbözik a megfoghatótól, a hétköznaptól, a racionáltól, a profántól, oly módon, hogy megérezhető és megtapasztalható. Az ember vallásos lényként lépten-nyomon megtapasztalja a szentet, és szükségszerűen megpróbálkozik annak befolyásolásával (Rudolf, 2001). Ennek kapcsán, ha nincs vallás nélküli élet, akkor imádság nélküli élet sincs. Ugyanakkor csakis akkor lehetséges elmélyült imádság, ha az ember tudatában van a hatalom magasabb rendű természetének jelenlétével, és belátja, hogy annak jóakaratótól függ a teljesítés (Hodossy-Takács, 2004).

Keresztyén gondolkodásunk alapja, hogy a Szentháromság Isten olyan valaki, aki nem akart létezni az ember nélkül. Isten az ő Fiában: Jézus Krisztusban, jelentette ki magát a világnak, aki minden emberi ellenálláson túl ma is közösséget vállal velünk (Barth, 1994). Jézus megváltói művének szerves része áldozócsüdtörtöki mennybemenetele. Jézus visszament a mennybe és ma is közbenjár értünk az Atyánál.⁷ János evangéliumának a 17. fejezetében található főpapi imája abban erősít meg minket, hogy Jézus Krisztus szüntelen imádkozik értünk. Mindenekelőtt azért, hogy megmaradjunk az Isten békességében. Mi emberek ugyanis csakis azért könyöröghetünk békességért az Atya színe előtt, mert Jézus közbenjár, és a mai napig közbenjár értünk (Zsidó 4,14–16⁸).

A hit rendszerét összefoglaló felekezeti közti tanulmányok más-más aspektusból láttatják az imádságot, jóllehet valamennyi kiemeli az Isten-ember közötti

⁷ Ezért üdvözíteni tudja örökre azokat, akik általa járulnak Istenhez, hiszen ő mindenkor él, hogy esedezék értük (Zsidó 7,25).

⁸ Mivel tehát nagy főpapunk van, aki áthatolt az egeken, Jézus, az Isten Fia, ragaszkodjunk hitvallásunkhoz. ¹⁵Mert nem olyan főpapunk van, aki ne tudna megindulni erőtlenségeinken, hanem olyan, aki hozzánk hasonlóan kísértést szenvedett mindenben, kivéve a bűnt. ¹⁶Járuljunk tehát bizalommal a kegyelem trónusához, hogy irgalmat nyerjünk, és kegyelmet találjunk, amikor segítségre van szükségünk.

kapcsolat lehetőségét. A Heidelbergi Káté (*Fekete, 2013*) az Isten iránt érzett háládatosságról szól. *Luther Kis Kátéjában (2019)* az imádságról mint az Isten iránti engedelmességről tesz bizonyosságot. Kálvin János szerint Isten minket imádkozásra „parancsolt”, és Isten Lelke „biztat és sürget” az Isten felé fordulásban. Ehhez adta nekünk Krisztust mint közvetítőt. Általa van bemenetelünk az Atyához, ezáltal nem kell félnünk, hogy nála nem találunk kegyelmet⁹ (*Kálvin, 1998*). Kálvin tehát az imádság parancsolatát Isten megengedő magatartásával magyarázta, míg kiteljesedését Jézus Krisztus közbenjárásával hozta összefüggésbe. Mindebből következően, az imádság az Istenhez intézett emberi szó. Az imádkozó nemcsak Istenről beszél, hanem magához Istenhez szól, szavaiban egyes szám második személyben szólítja meg Istent a bajban vagy az örömben. Így könyörög hozzá, ostromozza őt felháborodásában vagy ad neki hálát a megtapasztalt szabadulásért, hol prózai, hol költői formát választva mondanivalójához (*Kustár, 2004*).

Az imádság formai tekintetében három egymást kiegészítő önálló egységből áll: kérés, köszönet és dicsőítés. Mindenekelőtt elmondható, hogy a kérés az imádság tulajdonképpeni és lényegi jellemzője. Amikor az imádságot, mint kérést, lényegében a középpontba állítjuk, akkor ezzel három dolgot jelentünk ki. Először is azt, hogy az ember kérésként értelmezi az Istenhez való viszonyát, ezzel lényegében kizárja saját hatalmát. Ennek kapcsán az imádkozó üres kézzel járul Isten elé, és kéri, hogy Ő töltsen meg lélekkel. Az imádkozók ugyanis tisztában vannak azzal, hogy kezeik üresek, és tudják, hogy nem tudnak mást Isten elé vinni, mint saját kérésüket. Az imádságban tehát az ember Isten előtti egyetemes rászorultságában önmagához érkezik meg. Aki Istentől kér, az elismeri, hogy Isten minden jónak a forrása, és ezzel dicsőíti őt. Ki kell azonban emelni, hogy minden dicséret, minden álmélkodás kéréshez vezet, ezért áll a kérés a Miatyánk középpontjában is (*Plasger, 1998*).

Azt is szükséges hangsúlyozni, hogy az imádkozást tanulni kell, jóllehet ezt számos esetben nem vesszük figyelembe. A tanulási folyamat dinamikája semmi esetre sem jelenti azt, hogy mi csakis az Isten tervében lévő kapcsolatokért, életeseményekért vagy állapotért imádkozhatnánk. Ez a látás egy statikus istenképből indulna ki, ami szerint azért imádkozunk, ami úgyis bekövetkezik. Isten azonban megengedi, hogy a teremtményei „mozgassák és meghatároz-

⁹ Istennek az üdvösség (Jézus Krisztus váltságshalálából fakadó megújult élet reménye) érdekében végzett ingyenes ajándéka, amit az ember nem érdemelt meg.

zák” tevékenységét. Isten változhatatlansága csakis irgalmasságára¹⁰ érvényes, így Barth Károllyal együtt mondhatjuk el, hogy Isten mindenhatóságának és szuverenitásának dicsősége különbözik egy hamis isten mozdulatlanságától. Ugyanakkor a hit magában foglalja azt a tényt is, hogy „Isten akaratában helye van teremtményei kérésének” (*Barth, 1950*). Erről beszél Pál apostol a Római levélben, amikor a Lélek embert megerősítő hatalmáról ír: „Ugyanígy segít a Lélek is a mi erőtlenségünkön. Mert amiért imádkoznunk kell, nem tudjuk úgy kérni, ahogyan kell, de maga a Lélek esedezik értünk kimondhatatlan fohászkodásokkal” (Róm 8,26). Isten tehát ismeri az emberi szívet. Így akkor is tőle ered az, amit a szívünkben forgatunk, ha nem tudjuk, hogy mit és hogyan kellene imádkoznunk (*Plasger, 1998*).

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy az imádság jelenti egyfelől az Istennel való párbeszédet, másfelől a megélhető, személyes istenkapcsolatot. Az ember megállhat Isten előtt és hálát adhat vagy könyöröghet Teremtőjéhez, a meghallgatás reményében. Míg a keresztyén lelkigondozás spirituális erőterben létrejövő gyógyító tevékenység, keresztyén indíttatású gondoskodás, támasznyújtás, értő jelenlét, meghallgatás, rendelkezésre állás és hiterápia, ami rendszerszinten vizsgálja a reprodukciós problémával érintettek egyéni és társas kapcsolati szintű működési mechanizmusait. Célja a szenvedő ember segítése oly módon, hogy a reprodukciós problémához kapcsolódó beszűkült élethelyzet ellenére az érintettek megtalálják az élethez vezető döntés szabadságát, és ez segítse belső békességüket és annak megőrzését, valamint közösségi szintű kapcsolatrendszerük harmóniáját. A lelkigondozói tevékenység során megtapasztalt, önmagán túlmutató istenszeretetet az imádság biztonságában válik érvényessé. Ez a megújító szeretet keretezi át a reprodukciós nehézségek révén megélt lelki sérelmeket, és új emberré formál oly módon, hogy a várva várt gyermekek megszületése nem cél, hanem következménye az Isten szeretetében megújított lelkiségnek.

¹⁰ Az erkölcsileg erősebb lehajlása a gyengébbhez. A megbocsátás készsége.

IRODALOM

- Barth, K. (1950). *Kis Dogmatika*. (Ford. Pilder M.) Országos Református Missziói Munkaközösség, Budapest.
- Barth, K. (1994). *Church dogmatics. A Selection with Introduction by Helmut Gollwitzer*. Westminster John Knox Press, Louisville-London.
- Baumgartner, I. (2003). *Pasztorálpszichológia*. Interdiszciplináris szakkönyvtár 4. Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány – HÍD Alapítvány – Semmelweis Egyetem TF, Budapest.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 22(6), 1506–12.
- Boros, G. (1979). A keresztyén kommunikáció és információ mai értelmezése. *Theologiai Szemle*, 22[új évfolyam](3), 139–144.
- Csáky-Pallavicini R., Ittész A., Harmatta J., Egri L., Szabó T. & Tomcsányi T. (2008). Mentálhigiénés szemléletű emberszolgálat. A lelkipozítás mint segítő hivatás. *Pszichoterápia*, 17(2), 90–99.
- Csoma, J. M. (2021). *Megszelídített szorongás. A szorongás jelenségének teológiai és pasztorálpszichológiai szemlélete a 20. században*. Kálvin Kiadó, Budapest.
- Debrecenyi K. I., Nemes Ö. & Szarka M. (2004). Lelkipozítás – lelkipozítás. Szempontok a fogalmak tisztázásához. *Embertárs*, 2(2), 152–155.
- Debrecenyi, K. I. (2013). A forrásoktól az imázsáig. *Embertárs*, 14(2), 129–136.
- Direkvand-Moghadam, Ashraf, Sayehmiri, K., Delpisheh, A. & Direkvand-Moghadam, Azadeh (2014). The global trend of infertility: An original review and meta-analysis. *Int J Epidemiol Re*, 8(1), 35–43.
- Dougherty, M. M. (1995). *Group Spiritual Direction*. Paulist Press, New York.
- Faber, H. & van der Schoot, E. (2002). *A lelkipozítói beszélgetés lélektana*. Semmelweis Egyetem TF – Párbeszéd Alapítvány, Budapest.
- Faragó, A. (2008). „Palántának lenni jó!” *A lelkipozítás napjainkban a Váci Egyházmegye-ben. Tapasztalatok, ötletek és tervek*. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Farkas L. & Gerevich J. (2005). Vallásosság és egészség kapcsolatának kutatása: elméleti kontextus. *Egészségfejlesztés*, XLVI (3), 23–27.
- Fekete, K. (2013). *A Heidelbergi Káté magyarázata*. Kálvin Kiadó, Budapest.
- Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging and Mental Health*, 4(4), 375–387.
- Gergely B., Zábó V., Martos T. & Vargha A. (2020). A vallásos attitűdök klasszifikációja az értelemmegélés és az aspirációk tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75(2), 175–192.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc Sci Med*, 45(11), 1679–704.

- Gyökössy E. (1986). Kálvin, mint lelkigondozó? *Theologiai Szemle*, 29 [új évfolyam](3), 80–84.
- Hézsér G. (1995). *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve*. Kálvin Kiadó, Budapest.
- Hodossy-Takács E. (2004). A verbális befolyásolás művészete. *Theologiai Szemle*, 47(4), 184–186.
- Kálvin J. (1998). *A genfi egyház kátéja*. Kálvin Kiadó, Budapest.
- Káposztácssy B. (2022). *Poimenika, pásztoralpszichológia. Lelkigondozás, lelki vezetés*. Jegyzetek a Reproductívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzéshez. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Krok, D. (2015). The role of meaning in life within the relations of religious coping and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2292–2308.
- Krok, D. (2017). Religious meaning system, religious coping, and eudaimonistic well-being direct and indirect relations. *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*, 17(4), 665–682.
- Kustár Z. (2004). Imádság az Ószövetségben. *Theologiai Szemle*, 47(4), 187–193.
- Lakatos E. (2022). *Keresztény antropológia: A termékenység, terméketlenség teológiája*. Jegyzetek a Reproductívégészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzéshez. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Dr. Luther, M. (2019). *Luther Márton Kis kátéja*. (Ford. Pröhle K.) Luther Kiadó, Budapest.
- Martos T. (2010). *Életcélok és lelki egészség a magyar társadalomban*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.
- Martos T. & Konkoly Thege B. (2012). Aki keres, és aki talál – az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 125–149.
- Michna K. (2018). *Szolgálat az egyház peremén*. Kálvin Kiadó, Budapest.
- Moss, C. R. & Baden, J. S. (2015). *Reconciving Infertility. Biblical Perspectives on Procreation and Childlessness*. Princeton University Press, Princeton and Oxford.
- Németh D. (1993). *Isten munkája és az ember lehetőségei a lelkigondozásban*. Kálvin Kiadó, Budapest.
- Németh D. (2021). *Jézus gyógyító és lelkigondozó tevékenysége*. Magyar Református Presbiteri Szövetség. <http://www.presbiterkepzes.hu/?q=node/39> (Utolsó megtekintés: 2022. november 5.)
- Plasger G. (1998). Az imádságról. Gondolatok az imádság-tanhoz. (Ford. Jakab B. M.) *Theologiai Szemle*, 41[új évfolyam](2), 92–97.
- Rogers, C. R. (2008). *Találkozások – a személyközpontú csoport*. Edge 2000 Kft., Budapest.
- Rudolf O. (2001). *A szent. Az isteni eszméjében rejlő irracionális és viszonya a racionálishoz*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Dr. Somosné dr. Tésenyi T. (2009). Emberhez méltó jelenlét. A lelkigondozás és a hospice kapcsolódásának lehetőségei. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, (1), 19–33. kharon.hu/docu/2019-1_somosine-emberhez.pdf (Utolsó megtekintés: 2022. október 22.)
- Steger, M. F. & Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 574–582.

- Szy Á. (2015). Az egyén alapvető egzisztenciális krízisei: A színtelen Tazaki Cukuru és zárandokévei című regény elemzése az egzisztenciális pszichológia szemszögéből. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 3(1), 39–46.
- Török G. (2013). *A lelkigondozó szakirányú továbbképzés curriculumának kidolgozása, eredményességvizsgálata és fejlesztése*. Doktori PhD-értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest. Microsoft Word - torokgabor-phder-tekezés-2013november.doc (semmelweis.hu) (Utolsó megtekintés: 2022. október 25.)
- Török G. P. (2022). *A szakmai kompetencia ismerete a mentálhigiénés és lelkigondozói irányultságú meddőségi tanácsadó munkában*. Jegyzetek a Reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzéshez. Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Weiss H. (2011). *Lelkigondozás, szupervízió*. Pasztorálpszichológia. Exit Kiadó, Kolozsvár.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K. et al. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertil Steril*, 92(5), 1520–24.

HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA

Az Anna–Joachim-program hatékonyságvizsgálata – az utánkövetés eredményei

Hogy vannak a párok kilenc hónappal később?

BEVEZETÉS

Az Apor Vilmos Katolikus Főiskola több mint négy éve támogatja mentálhigiénés és spirituális eszközökkel a meddőséggel küzdő házaspárokat. Olyan programot dolgoztunk ki, ahol interdiszciplináris módon támogatjuk a hozzánk forduló házaspárokat a Főiskola értékrendjének megfelelő eszmerendszerben. Kezdetekben csak a három hétvégéből álló programsorozatunkra invitáltuk a házaspárokat, később Párkonzultációs Centrummal és a szülővé vált párok támogatásával is bővült programunk.

Jelen tanulmány két hétvégesorozat részt vevő párjainak életútját vizsgálja. Az interjúk során a származási család mintáitól indulva a serdülő- és fiatalkori terveken át a házaspár gyermekvállalási attitűdjeit térképezzük fel, majd az Anna–Joachim-hétvégesorozaton való részvételük okozta változásokat és jelen élethelyzetüket vizsgáljuk.

AZ ANNA–JOACHIM-PROGRAM MINT A MEDDŐ PÁROK KORSZERŰ PSZICHÉS TÁMOGATÓ PROGRAMJA

Sajnos a növekvő arányú meddőség egyáltalán nem új adat. A becslések szerint Magyarországon és világszerte 10-15%-os az előfordulási aránya (Bernard & Krizsa, 2006).

Napjainkban is sok helyen tartja magát a tudományosan már meghaladott nézet, miszerint a meddőségnek lelki okai is vannak, azaz pszichogén (Greil, 1997). A tudományos kutatások a cirkuláris vagy stressz mediálta modelleket támasztják alá (Lakatos, 2021). Azonban az bizonyos, hogy a meddőségnek lelki-pszichés következményei vannak, ezért az érintett párok pszichés támogatásra szorulnak. Így a stresszkezelést támogató pszichológiai intervenciók, illetve a

párterápiák kutatások által megalapozottaknak mondhatóak (Szigeti, 2020). Az egyéni terápia és párterápia mellett *Bovin és munkatársai (1999)* hangsúlyozzák a csoportos mentálhigiénés megsegítés és a pszichoedukáció fontosságát. Ennek ellenére kutatásaik szerint a nyugati társadalmakban is csak a párok 15%-a él ezzel a lehetőséggel. Manapság ez az arány javulni látszik.

A fenti cirkuláris szemléletből kiindulva a programunk holisztikus ember-szemléletben több formában nyújt támogatást a pároknak. Elengedhetetlennek tartjuk a meddőségfókuszú rövid, ám intenzív párkonzultációk lehetőségét, melyek segítenek a pároknak megfogalmazni érzéseiket a meddőséggel kapcsolatban és jobban megérteni az eltérő problémamegoldási stílusokat, és ezáltal új perspektívát és reményt adnak a pároknak (Hollósi & Frankó, 2021).

A programban részt vett párok jelentős többsége kiemeli a csoportos tréningek jelentőségét, mert itt sorstársközösségre lelhetnek, és megerősödik bennük a tudat, hogy nincsenek egyedül (Homokiné, 2023).

A hétvégesorozatban, bár nem lelkigyakorlat, helyet kapnak a hittel kapcsolatos kérdések, dilemmák és tapasztalatok.

Hangsúlyos ezenkívül a pszichoteam (egy férfi és egy női szakember) állandó jelenléte (ők is a Campuson töltik az egész hétvégét), mely a házaspárok számára biztonságot ad és az állandó „holding” légkörét. A házaspárok visszajelzéseiből kiderült, hogy ez a csoportkohéziót erősíti és komfortérzetüket is növeli (Hollósi, 2020).

AZ ANNA–JOACHIM-PROGRAM CÉLKITŰZÉSEI

A program sosem ígérte a gyermekáldást. Ezt minden platformon hangsúlyozzuk. Hiszen nem medikális szakemberekkel dolgozunk, és egyébként sem léteznek garanciák e téren.

Amit vállalunk, hogy elkísérjük a házaspárokat ezen nehéz életszakaszukon, professzionális segítséget nyújtván. Egyrészt a párkonzultációs lehetőségekkel, másrészt a csoportos pszichológiai segítségnyújtással.

Célkitűzésünk, hogy kimondhatóvá tegyük a kimondhatatlant, hogy eszközt adjunk a párnak érzelmeik megosztására, hogy biztonságos és támogató közeget adjunk a felmerülő gyászok elhordozására. Az évek során megtapasztaltuk a csoport erejét, azt, hogy sorstársakkal együtt mindig könnyebb a pároknak.

Tudomásunk szerint hazánkban egyedülálló a programunk, ahol ötvözzük a csoportos segítségnyújtást a párkonzultációval, mindezt keresztény értékrendben.

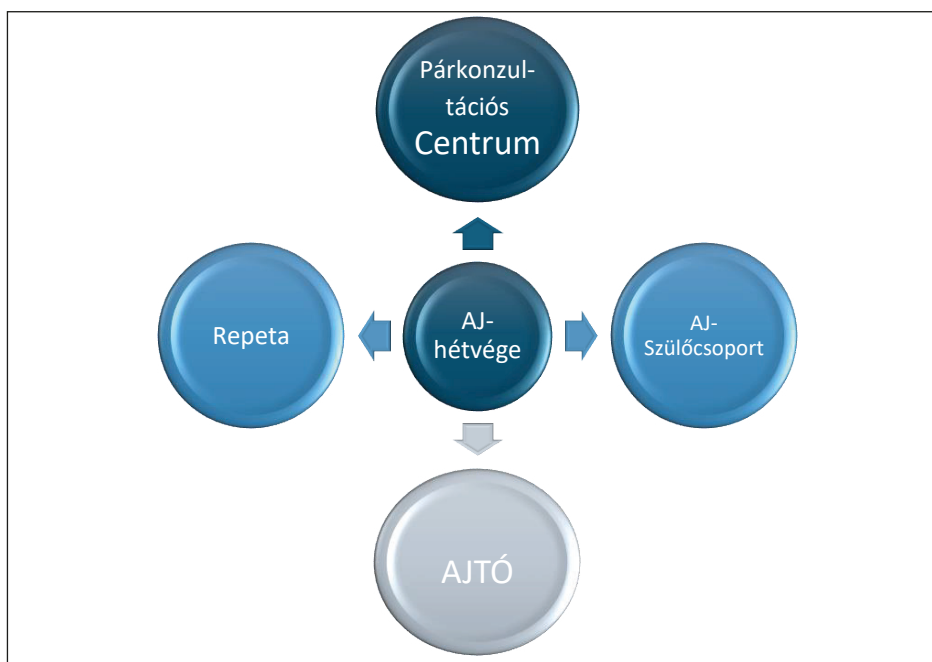
A HÉTVÉGESOROZATOK ÉS AZOK UTÁN

Hamar megtapasztaltuk, hogy a hétvégesorozaton részt vettek kezét nem engedhetjük el. Több módon is tartjuk a kapcsolatot velük, utánkövetjük életük alakulását.

Igény jelentkezett néhány esetben a párkonzultációk folytatására, így 2022-ben Párkonzultációs Centrumot hoztunk létre, ahová nemcsak a hétvége résztvevőit, de új házaspárokat is várunk.

Természetesen nagy örömmel kaptuk a gólyahíreket, de ismerjük a gyermek érkezése okozta normatív krízist, melyet egy előzetes, hosszúra nyúlt várakozás paranormatívvá tesz. Ezért a szülővé vált házaspárokat is tovább támogatjuk, nekik szervezzük a Szülőcsoportos hétvégét évente. Gyakran a még várakozó párok további segítséget kérnek tőlünk, és szeretnék „repetázni” a hétvégi tréningekből, nekik egy egyhétvéges programot állítottunk össze.

Fontos megtapasztalásuk a pároknak a sosrtársközösség különleges ereje. Erre alapozva indítottunk útnak már két Anna–Joachim Támogató (azaz AJTÓ) csoportot, ahol a programunkon részt vett házaspárok helyi közösségükben önszegítő csoportot indítanak az érintett pároknak. Tehát a hétvége sorozat után még négy különböző módon támogatjuk, utánkövetjük a részt vevő párokat.



AZ UTÁNKÖVETÉS MÓDSZERTANA

Félig strukturált videochates interjút folytattam a házaspárokkal.

Ez a kvantitatív módszer alkalmas családtörténeti mintázatok, motivációk, attitűdváltozások feltárására. Mivel a házaspár mindkét tagjával egyszerre beszélgettem, képet kaptam házasságuk jelenlegi állapotáról is, bár ez nem volt kutatási kérdésem. Az előre megírt kérdéseken kívül minden párnak további kérdéseket tettem fel, az élethelyzetükhöz igazodva.

Az interjút a program befejezése után kilenc hónappal vettem fel, 2023. április 14. és május 15., valamint 2023. szeptember 18. és november 11. között. Az interjúk körülbelül 50 percesek voltak.

Az interjúk előtt mindannyian online nyilatkoztak, hogy hozzájárulnak az interjúhoz és kellő tájékoztatást kaptak az adataik kezeléséről.

MINTABEMUTATÁS

Vizsgálatomban az V. és a VI. Anna–Joachim-hétvégesorozaton részt vett házaspárok szerepeltek.

Demográfiai adataik alapján is látszik, hogy meddőséggel küzdő társadalmunk széles rétegeit reprezentálják. Az életkori megoszlásuk igen tág, 1977 és 1995 között születtek.

Az átlagéletkor nőknél 32, férfiaknál 36 év. Hét pár él a fővárosban, négy vidéki városban, egy pedig falun.

Iskolai végzettségük az érettségitől a doktori fokozatig terjed, és a foglalkozásuk is igen változatos képet mutat a buszvezetőtől az orvosig és kutató biológusig.

INTERJÚKÉRDÉSEK

Az interjúkérdések egyrészt retrospektívek voltak, egészen a régmúltból indultak a közelebbi múlton át a jelen élethelyzetükhöz és jelen érzéseikhez.

A kérdéseket a holisztikus emberszemlélet alapján, a test-psziché, környezet és spiritualitás interaktív (bio-pszicho-szocio-spirituális) kapcsolatát szem előtt tartva alkottuk meg.

Minden párnak ugyanezeket az alábbi kérdéseket tettem fel, csoportosítva őket nagyobb témák szerint:

Családtervezés a házasság előtt

Kik tartoztak a családhoz, amikor született/felnőtt? Kik éltek együtt (több generáció)? A testvérek száma? Hogy vélekedtek a családban a gyermekvállalásról? Milyen példákat látott maga előtt? Tudja-e, hogy a szülei hány gyereket terveztek? Mi az oka, ha több/kevesebb lett?

Hogyan gondolkodott serdülőkorában, majd egyedülálló, de már felnőtt korában a családtervezésről?

Amikor házastársával megismerkedett, milyen közös tervet alakítottak ki az esküvő előtt a gyermekvállalásról? Miben értettek egyet és miben nem?

A családi anamnézisben volt-e meddőség, perinatális veszteség, csecsemő- vagy gyermekhalál, illetve hogy gondolta-e a pár valamelyik tagja, hogy ezen előzmények miatt neheztelt lehet náluk is a fogantatás?

Házasként tervek, majd próbálkozások (a házasságkötés után)

Hogyan, mikor kezdtek gyermekvállalásba? (Házasságuk hányadik évében? Megengedve a fogantatást vagy előre kiszámolva a ciklusnapokat?) Védekeztek -e a házasságuk elején?)

Mi befolyásolta ennek az időpontját? (Életkor, lakhatás, munka stb.?)

Mikor érezték, hogy gond van, mit éreztek? Kinek beszéltek róla?

Mennyire érezték nyomást a környezet részéről (pl. szülők), hogy legyen már gyerekük / kérjenek segítséget?

Milyen segítséget kértek? Mennyi idő után?

Orvosi módok? Milyen dilemmáik voltak? Lombik? Egyetértett-e ebben a két fél?

Mentális/spirituális/pszichológiai?

Van-e/volt-e a közvetlen környezetükben olyan pár, amelyiknél szintén neheztelt volt a fogantatás? Tudtak-e egymásnak segíteni?

Ha közben lett gyerekük, mi segítette a fogantatást, illetve, terveznek-e még gyereket?

A programról

Honnan tudtak róla?

Milyen elvárásokkal, félelmekkel jöttek? Mit reméltek?

Milyen élményekkel tértek haza

– a csoport kapcsán?

– a szakemberek kapcsán?

Voltak-e párkonzultáción? Mit eredményezett az?

A tréningekről tudtak-e valamit beépíteni a hétköznapijaikba? Kaptak-e új felismerést, megvilágosítást valamilyen dilemmájukra?

A hétvége hozott-e változást

- párkapcsolatukban?
- az általános érzelmi állapotukban?
- a gyermekvállalással kapcsolatos attitűdben?
- életterveikben?
- vallási/spirituális meggyőződéseikben?

Ajánlanák-e másoknak a csoportot? Ha igen, kiknek és milyen célból?

Utána

Részt vettek-e további AJ-programban?

Részt vettek-e az AJ-n hallott más programban?

Hogy alakult családi életük a program után? Érkezett-e gyermek a családba?

Változott-e az örökbefogadással kapcsolatos attitűdjük?

Váltak-e intézményt, orvost a programon hallottak alapján?

Változtattak-e medikális módszert a gyermekvállalás érdekében?

EREDMÉNYEK

Családi mintázatok, gyermekvállalási tervek

Az interjúk elején azt szerettem volna megismerni, megérteni jobban, hogy milyen elképzelésekkel, tervekkel, álmokkal érkeztek a házasságba az érintettek a gyermekvállalásról. Származási családjukról kérdezve őket kiderült, hogy ebben is nagyon különbözőek, de kirajzolódni látszik egy mintázat: a nagy családból érkezők minél hamarabb, minél több gyermeket szeretnének, ők általában erősebb katolikus háttérrel rendelkeznek. Akinek nem volt testvére, vagy csak egy volt, ami az átlag, ők később és kevesebb gyermeket szeretnének. Előfordultak a mintában olyanok, akiknek elváltak a szülei, ők tűntek a legóvatosabbnak a házasságkötést és a gyermekvállalást tekintve is. (Lásd a *Családi mintázatok és azok hatásai* c. táblázatunkat.)

Családi mintázatok és azok hatásai

Származási család	Általában egy testvér	3-4 gyerek a családban (általában elkötelezett hívők)	1-2 gyerek, de elvált szülők
Fiatalkori tervek	nem sietnek, 1-2 gyereket szeretnének, nincs konkrét tervük, főleg a fiúknak	3-4 gyereket szeretnének, hamar szeretnének házasodni, hasonló tervekkel a fiúk, mint a lányok	óvatos, de reményteli tervek, 1-2 gyerek
Házaspár attitűdje (a már közös nevezőre hozott tervek, a biológiai realitás talaján)	várták az alkalmas pillanatot (anyagiak, tanulás, szakvizsga, utazás, összecsiszolódás) fél-egy év várakozás	kevesebbet (semmit) nem várnak esküvő után, hamarabb házasodnak hamar CK segítségével próbálkoznak	óvatosabbak, alaposan keresik a megfelelő partnert, hosszabb idő kell az elköteleződésre (házasság előtt hosszú együtt járás)

Az első segítségkérések és dilemmák

A párok nagy része orvoshoz egy-másfél évvel később fordult, kivivé azokat, akik már előre tudták, hogy nehézségeik lesznek (endometriózis, hormonzavar), illetve akik spontán elvetéltek. (Ők kb. fél év után már alapos kivizsgáláson voltak.)

Orvosnál mindenki volt a 12 pár közül, és a pár mindkét tagját kivizsgálták. (Sajnos még gyakori, hogy csak a nők mennek el a kivizsgálásra, holott nem gyakoribb a csak női háttérű meddőség.)

A párok egyharmada említi, hogy cikluskövetési tanácsadóval konzultált, illetve ezt a módszert alkalmazták a fogadás eléréséhez.

A nem medikális segítséget tekintve 5 pár egyáltalán nem kért mentális vagy spirituális segítséget a program előtt. Aki igen, az inkább egyéni segítséget kapott, párterápiára csak egy pár járt korábban, illetve három pár említi a lelkésszel (pappal) történő beszélgetések fontosságát.

Két pár járt az Irgalmasrendi Kórház Keresztény Családi Centrumban, őket kivéve mindenkit erősen tereltek az orvosok a lombik felé. „Futószalag” – mondták róla a párok.

Ezért a párok fele komolyan szembesült az etikai dilemmákkal, többen tudtak papoktól, lelkivezetőtől tanácsot kérni, de nem mindenki.

A társas környezet

A szociális nyomás gyakori kellemetlenség, amivel a meddőséggel küzdő pároknak szembe kell nézniük.

Az interjúk során kicsit bővebben is megismertem a párok szociális hálóját, annak támogató vagy presszionáló voltát.

Azt tapasztaltam, hogy sok családban tabu a nehezített gyermekvállalás. Általában csak szűk család, szűk baráti kör tud róla (többnyire a feleség anyukája, lánytestvére). Tehát inkább a nők beszélnek erről. Szerencsére a részt vevő párok társas nyomásról nem igazán számoltak be, csak ahol az első unokát várták, ott kérdezték, hogy „Mikor jön már a baba?”.

A vetélések inkább bezárták a párokat és már nem mesélték el a korai terhességet később.

A régebb óta meddő párok feloldódtak és elkezdtek beszélni róla.

Sajnos beszélásokat, kéretlen tanácsokat minden pár hallott, a legtöbbet említett / kedvencük: „Engedjétek el, ne görcsöljete rá!”

Jellemzően van egy-két pár a környezetükben, akik szintén érintettek, de csak két esetben volt velük mélyebb kapcsolat, amikor rokonok is voltak. Velük megoszthatták küzdelmeiket a gyermekért.

Csak egy pár említette, hogy járt már sorstársközösségben (imacsoport).

A program óta többet beszélnek a környezetükben erről, javasolják a csoportot másoknak is.

Találkozás a programmal

Programjainkat több fórumon és módon hirdetjük, és úgy tűnik, ezek az utak valóban működnek, mert változatos helyekről értesültek róla:

„Social mediá”-ból, plébánostól, szakember ajánlotta, ismerős ajánlása, programban dolgozó tréner ajánlása, vagy „*nem is tudjuk*”.

A párok fele azonnal jelentkezett, másik fele inkább hezitált, ők akkor jelentkeztek, amikor már több ajánlást kaptak a programhoz.

Akik elsőre jelentkeztek, azoknak nagyon beszédes volt az első gondolatuk: „*Ez biztos jó lesz!*”, „*Ebből gyerek lesz.*”¹, „*Át fog vinni azon a hegyen, amin megakadtunk*”.

¹ És valóban a program alatt kezdődött a kislányuk örökbefogadásának folyamata.

Általában a nők voltak a lelkesebbek, és a férjeket kellett győzködni, de feleségüket ők is hűen követték. (A program elején ezt egymásnak többen be is vallották.)

Egy esetben a férj jelentkezett.

Motiváció és elvárások

Megkérdeztem, miért jelentkeztek a programra, mit vártak tőle, hogy emlékeznek vissza erre.

Ez egy igen érdekes interjúkérdés volt, ugyanis a korábban elküldött motivációs levelüket visszakeresve ennek a két csoportnak azt láttam, hogy bár hasonló gondolatokat fogalmaznak meg, mégis visszatekintve inkább ahhoz igazítják elvárásaikat, amit kaptak.

Visszaemlékezve a sorstársközösség iránti vágyat hangsúlyozták, párkapcsolatuk megerősödését várták, felfrissülést, pihenést, illetve hogy olyan programban vehetnek részt, ahol a vallás és a pszichológia együtt jelen van.

Néhányan visszaemlékeztek aggodalmukra is: túl sok összezárva ennyi idő, nehéz témák.

Illetve: „*Mi nem járunk templomba, de hiszünk Istenben, vajon nem baj ez?*”

A korábbi motivációs levelükben írottakhoz képest más motivációkat emeltek ki:

- *Hit megélése, istenkapcsolat erősödésének vágya.*
- *Párkapcsolat erősítése*
- *Új nézőpont, szemléletváltás*
- *Sorstársközösség*
- *Stresszkezelés, kognitív technikák keresése*
- *Érzelmi támasz keresése*
- *Önismeret, pszichés gátak oldása*
- *Megbékélés, elfogadás: gyermektelen életpályával megbarátkozni, más életcélokat keresni*

Úgy tűnik, mivel alapvetően pozitívnak értékelték a hétvégét, elvárásaikra is annak fényében emlékeznek vissza, amit megéltek.

A hétvége gyümölcsei

A házaspárok úgy emlékeznek vissza, hogy a hétvégékről az alábbi érzésekkel, tapasztalatokkal tértek haza:

1. Testi-lelki wellness”
„*Otthon éreztük magunkat, finom volt minden.*”
2. Sorstársközösség
„*Nem vagyunk UFÓk-érzés*”; „*Ki sem kell mondanom, már értik, mire gondolok.*”
3. Másoktól tanultak: hasznos infók, tippek, illetve egy jövőkép, hogy mi vár még rájuk, hogy lehet felkészülni rá. Remény
4. Párkapcsolat megerősödése
5. Kevesebbet stresszelnek azóta
6. Szükségszerű áldás volt
„*Biztos tér, bizalomkehely, áldás van a programon, kiráz a hideg, könnyezem most is*”
„*Annyira szükségszerű volt, hogy ott legyünk, belegondolni is rossz, hogy mi lett volna, ha nem megyünk a programra.*”
7. Már kevésbé tabu a meddőségük, a program óta többen beszélnek a környezetükben erről, javasolják a csoportot másoknak is.

A konkrét programelemekre rákérdezve a párkonzultáción – egy párt kivéve – mindenki részt vett. Pozitívan értékelték, hogy az ott történtek alapján ma már nehéz témákról is tudnak egymást meghallgatva beszélni, kevesebb a tabu közöttük és összességében erősödött a kapcsolatuk. Úgy érzik, azóta türelmesebbek egymással és kevésbé sértődékenyek, kevésbé értik félre egymás szándékát.

A módszerspecifikus csoportos tréningekről konkrét tudást hoztak magukkal, több dolgot beépítettek hétköznapijaikba, pl. a légzőgyakorlatot. Nagy megkönnyebbülésként élték meg, hogy nem ők a hibások a meddőségükért (azaz a pszichogén modell a meddőségről nem megalapozott). Párkapcsolatukban jobban értik már, hogy miért veszekszenek, és nyíltabban beszélnek már a szexualitásról is egymás között.

A hétvégesorozatnak tulajdonított változások dimenziói

Visszatérve a korábban tárgyalt dimenziókra, látjuk, hogy biológiai síkon több gyermekáldás történt. A pszichés dimenzió változásait tekintve általános érzelmi

állapotukban nyugodtabbak lettek a párok, kevesebb a stressz vagy jobban tudják kezelni. *„Stabilabbnak, kerekbbnek érzem magam”* – mondja egy most éppen állapotos hölgy.

Párkapcsolatuk is fejlődött: bensőségebb, stabilabb lett: *„Kapcsolatunk folyamatosan fejlődik, de ez egy nagy előrelépés volt.”*

A gyermekvállalással kapcsolatos attitűdöket tekintve, mindenki, akinek még kérdés volt, nyitottabb lett az örökbefogadásra.

Jövőbeli életterveik kapcsán egy pár fogalmazta meg: *„Jól vagyunk mi ketten is.”*

Vallás/spiritualitás témájában elmondták a párok, hogy Isten-élményeket kaptunk a hétvégén, megerősödött a hitük, *„jó fejek a katolikusok”; azóta gyakran megyünk templomba, bár előtte is mély Isten-kapcsolatunk volt”.*

A program utáni életút

A házaspárok alapvetően az orvosi kezelések módján nem változtattak, egy valaki váltott orvost.

A program alatt egy pár erősödött meg örökbefogadási szándékában, és a program végére elkezdték a „barátkozási” folyamatot egy gyermekkel. Volt, aki nyitottabbá vált az örökbefogadásra.

Több családban megérkezett a gólya! A fiatalabb pároknál (<33 a női tag) 2-4 év után, de egy idősebb pár (a hölgy 40 és afelett) – majdnem 10 évi várakozás után – végül örökbe fogadott.

Van, aki orvosváltásnak tulajdonítja a sikert, van aki imának (betegek kenete), a többiek „CSODÁ”-nak tartják, de mindenki említi a programsorozatot, mint a siker egyik kulcsát.

Mi valóban nem ígérünk gyermeket, de összegezve a 12 pár sorsát: 6 baba már megszületett (5 fiú), egy örökbefogadás történt, egy terhes kismamával beszélgettem, sajnós volt egy kémiai terhesség, két pár még „úton van a gyermekáldás felé”, és egy pár úgy döntött, hogy már nem próbálkoznak tovább, más életcélokat keresnek.

ÖSSZEGZÉS

Az utánkövető interjúkkal a házaspárok múltjából hozott mintákat, motivációit és a program hosszú távú hatásait térképeztem fel.

Kirajzolódni látszik, hogy a nagyobb családból származó nagyrészt katolikusok fiatalabban találnak párt és több gyermeket terveznek. Nekik biológiailag több esélyük is van erre. Az elvált szülők gyermekei óvatosabbak az elköteleződés során, később házasodnak és egy-két gyermeket szeretnének. Az idősebben házasodókra jellemző, hogy hosszas várakozás után örökbe fogadnak egy gyermeket.

Sajnos összességében elmondható, hogy általában az ideálisnál később mennek orvoshoz a párok.

A hétvégesorozatot életük fontos eseményének tartják, és még mindig élénk emlékeik vannak róla annak ellenére, hogy szinte egy év eltelt azóta.

A programról konkrét tudást, beépített technikákat, coping mechanizmusokat hoztak el.

Mivel összességében pozitívnak értékelték a programot, korábbi elvárásaikat is ehhez igazították.

Megtapasztalták, hogy nincsenek egyedül, akkor sem, ha még úton vannak, mert sorstársakat, támogató szakembereket kaptak.

IRODALOM

- Bernard, A. & Krizsa, F. (2006). A meddőségről általában. In Kaáli, S. G. (szerk.) *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése* (pp. 13–23). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Boivin, J., Scanlan, L. C. & Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, 14(5), 1384–1391.
- Greil, A. (1997). Infertility and Psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679–1704.
- Hollósi M. C. & Frankó A. (2021). A párkonzultáció szerepe és tapasztalatai az Anna–Joachim Programban. In Molnár Krisztina, Mándi Nikoletta (szerk.) *A bőség alakzatai* (pp. 145–156). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Hollósi, M. C. (2020). A tanácsadó team munkája és a tréningsorozat komplex értékelése az Anna–Joachim Programban. In Molnár Krisztina, Mándi Nikoletta (szerk.) *A hiány transzformációi* (pp. 141–155). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Homokiné Hollósi M. C. (2023). Határon táncolva. Az Anna–Joachim-program értékelő bemu-

- tatása. In Homokiné Hollósi M. Cecília (szerk.) *I. Anna–Joachim-konferencia* (pp. 43–55). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Lakatos E. (2021). A reprodukciós nehézségek és a stressz kapcsolata. In Molnár Krisztina, Mándi Nikoletta (szerk.) *A bőség alakzatai* (pp. 11–36). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Szigeti F. J. (2020). A termékenységi nehézségek modern pszichológiai szemlélete. Értelmezési és segítségnyújtási lehetőségek. In Molnár Krisztina, Mándi Nikoletta (szerk.) *A hiány transzformációi* (pp. 11–29). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.

LELKIGONDOZÁS MEDDŐ PÁROKKAL

Szekcióvezető

DR. LAKATOS ENIKŐ

ELHANGZOTT ELŐADÁSOK

DR. LAKATOS ENIKŐ

**Az ökumenikus kórházi lelkigondozás
a Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós Centrumában**

LÁBÁNNÉ HOLLAI KATALIN

„Megszabadítottál szegyenemtől”

KOVÁCS FERENC és KOVÁCSNÉ TREER Mária

Akikért nem szólt a harang

(„Ne félj, nem ítélek el!”)

DR. LAKATOS ENIKŐ

Lelkigondozás meddő párokkal

Szekcióbeszámoló

A meddőség olyan több szempontú élethelyzet, ami számos veszteséget okoz az érintetteknek. Ugyanakkor a meddőségi ellátás átfogó, holisztikus szemlélete képes kielégíteni a nehezített fogamzással küzdők egyéni és közösségi szinten megnyilvánuló mentális, kulturális, spirituális és vallásos szükségleteit. Azt is szükséges kiemelni, hogy a spirituális dimenzió a meddőség legkevésbé kutatott része, jóllehet kutatások igazolják, hogy a spirituális/vallási hiedelmek elfogadása jelentős segítséget nyújt a stressz, a szenvedés vagy az életproblémák elviselése terén azáltal, hogy növeli a kitartást és az elfogadást, önbizalmat ad, és segít értelmet és új célokat találni életünk történéseiben. A reprodukciós problémával vagy a művi abortusszal küzdők egy része a vallást a stresszel szembeni megküzdés módjaként használja egészségügyi problémáik gyógyítására, valamint testi-lelki jóllétük megalapozására és fejlődésük elérésére.

Mindezen túl a vallási közösségben való részvétel – az istentiszteletek/misék látogatása – a közösségbe tartozás élményével elégíti ki az olyan interperszonális szükségletet, mint a szociális kapcsolatépítés, és biztosítja a társas támogatást. Azok az emberek, akikre jellemző a spiritualitás és a vallásos meggyőződés, és részesülnek a vallási közösségek nyújtotta, vágyott spirituális jóllétből, azok az élettel való elégedettség magasabb szintjéről számolnak be. A vallásos emberek lelki és érzelmi trauma után (például gyermektelen élet, spontán vagy művi abortusz) is képesek alkalmazkodni a körülményeikhez, és nagyobb arányban képesek újra reménykedni, mint a nem vallásosak. Mindez pedig csökkenti a meddőség vagy az abortusz miatti társas elszigetelődést.

A szekcióban bemutatott vallásos gyakorlatok a vallást a nehezített fogamzással és a művi abortusszal szembesülők stresszel szembeni megküzdési módjaként mutatták be.

Dr. Lakatos Enikő előadásában a nehezített fogamzás rövid elméleti és módszertani tisztázását követően a Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós

Centrumában (ARC) végzett lelkigondozói munkáját mutatta be. Az előadás kiért az érintettek körében végzett egyéni, páros és csoportos lelkigondozás református kórházlelkészi szolgálatára. Az előadó nemcsak a megalapozott szakmai felkészültséget hangsúlyozta, hanem az érintettek folyamatos utánkövetésének szükségességét is. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy a mentálisan sérülékeny párok életük későbbi szakaszában is élnek a lelkigondozás szolgálatával. Így a lelkigondozó és a lelkigondozott kapcsolata nem kizárólag a nehezített fogamzás időszakára koncentrálódik, a lelkipásztor a későbbiek során is segítségére lehet az érintett pároknak folyamatos spirituális, életvezetési jelenlétével, valamint problémamegoldást segítő készségével, illetve szeretetteljes, elfogadó lelkipásztori attitűdjével. Mindezen túl az érintett párok tekintetében az élmény, a tapasztalat és az azonosulás folyamata szükségszerűen személyiségváltozáshoz vezet. Amennyiben az érintettek támogató jelenlétet tapasztaltak meg az életszakaszukat meghatározó krízisben, maradandó hatást mutat a lelkipásztori/lelkigondozói jelenlét életük további szakaszában (például kisgyermekes életforma) is. Mivel a támogató jelenlét vallásos közegben történt, így nyitottá és kifejezetten érzékennyé válnak a vallásos életszemlélet befogadására. E tekintetben a nehezített fogamzás során megélt lelkigondozói tapasztalat missziós lehetőség a lelkipásztorok/lelkigondozók számára, mivel aktív kapcsolódást tesz lehetővé a fiatal, reprodukciós életszakaszban lévő, párkapcsolatban élő, nem feltétlenül vallásos, de a keresztyén vallásra nyitott és a keresztyén vallásos életszemléletre érzékeny populáció számára.

Lábánné Hollai Katalin a *Megszabadítottál szegyenemtől* c. (777 Közösség Egyesület, 2020) nemrég megjelent könyvében a bibliai meddő nők élethelyzetét vette górcső alá, mintegy bibliai utazás során, amit egy őszinte személyes vallomással tett hitelessé. A szerző elmondása szerint maga is átélte a várva várt gyermek hiányának csalódottságát. Éveken keresztül hordozta a meg nem született gyermeke hiányát. Ennek a veszteségélménynek a feldolgozására vállalkoztak a férjével együtt, amikor két kisgyermek nevelőszüleivé váltak. Később a nevelőszülői életük kibontakozását követően született meg a személyes vallomásával átszőtt, bibliai korba vezető lelki utazása. A könyv tehát nemcsak szembenéz a nehezített fogamzás nyomán fellépő lelki teher megküzdésével, hanem jóval túl is nő azon. A meddőségben eltöltött, évekig tartó hallgatás után ugyanis elemi erővel tört föl a szerzőből saját sorsának megélése és újrarendezése. A könyv tehát a Kegyelmes Isten jelenlétének hangsúlyozásával gyógyítja és megerősí-

ti mindazokat, akik ma is küzdenek a nehezített fogamzással. A könyv a saját, személyes tapasztalatok mellett a Biblia és a Katolikus Katekizmus tapasztalataira támaszkodik. Mindezekkel összhangban kíván segítséget, útmutatást és biztatást nyújtani a meddőséggel küzdő pároknak, valamint a velük kapcsolatba kerülő szakembereknek, rokonoknak és barátoknak. A szerző önbevallása szerint a könyv megírásának, majd megjelentetésének folyamata számára is gyógyító hatással bírt. Olyannyira, hogy az előadás napján mindennapos kismamaként mutathatta be munkáját a széles hallgatóság körében.

Kovács Ferenc katolikus diakónus és Kovácsné Treer Mária mentálhigiénés lelkigondozó vezetésével a „Ne félj, nem ítélek el!” címmel magzatvesztőknek (abortusz, vetélés, koraszülés, magzati halálozás, „lombik baba”) tartott lelki gyakorlatok tapasztalatairól számolt be Kovács Ferenc. A diakónus házaspár 14 éve végez lelkigyakorlatot magzatvesztők körében. A szolgálatot küldetésüknek tekintik, mivel maguk is átérték a magzatvesztés (spontán vetélés) fájdalmas élményét. Az évek alatt megélt tapasztalataikat és személyes élményüket szedték csokorba a Biblia és a Katolikus Katekizmus tapasztalataira támaszkodva. Megállapították, hogy mára hazánkban a népesség csökkenése, ezen belül a magzatvesztés komoly társadalmi kérdés. 2001–2020 között 1 millió fölötti magzatvesztés történt, melyből közel 800 ezer volt a legális terhességmegszakítás. A számok mögött sorsok és életek vannak. A terhességmegszakítás ugyanis egész élet során visszatérő élmény, ami önhibáztatással, bűnösség érzettel és társadalmi elszigeteltséggel járhat. Ennek a fájdalmas veszteségélménynek a feldolgozásában ad kapaszkodót a keresztyén vallásos liturgia. A lelkigyakorlat alkalmával a hasonló élethelyzetben lévők nemcsak a sorstársi környezet megerősítő hatását élik át, hanem gazdagodnak a bűnvallás és a bűnbocsánat Krisztusban átélhető kegyelmével, és ezáltal megerősödött keresztyén identitással élhetik a mindennapokat. A kegyelem hangsúlyozása, azaz az Istentől kapott új esély megmutatása és megragadása mentálisan és spirituálisan is élményt jelent azok számára, akik életében jelen van a magzatvesztés (legális abortusz) miatti önvád és a tehetetlenség lelki gátja, a gyász és a veszteség miatti fájdalom. Az előadó testi és lelki síkon megmutatkozó gyógyulásokról, várandósságokról és lelkileg megerősödött állapotokról számolt be, amit a lelkigyakorlat alatti lelkigondozói szolgálat, majd az érintettek utánkövetése nyomán tapasztalhattak meg.

A szekció tehát bemutatni kívánta a nehezített fogamzással és a meddőség miatti veszteségélménnyel járó testi-lelki jóllét zavarának keresztyén vallásos

világnézetű segítségét. E segítségnyújtás magában foglalta a keresztyén vallásos világnézet egyéni és páros lelkigondozói tevékenységét, liturgikus gyakorlatát (például lelkigyakorlat, istentisztelet/mise) és önsegítő csoportját. Bemutatásra került továbbá egy nemrég született könyv, ami egyéni érintettséggel átítatva ragadta meg a bibliai meddőség állapotát, ezzel nyújtva vigasztalást a 21. század nehezített fogamzással küzdő sorstársainak. A segítő folyamatok bemutatták a nehezített fogamzás és a magzatvesztés során megélt társas támogatás szükségét. A ma emberének szükségét, azt hangsúlyozva, hogy nincs egyedül élethelyzetében. Már a bibliai korban is ismert volt a veszteség és a gyász élménye, amelyet a Kegyelmes Isten szeretete volt képes és ma is képes új életre hívni.

A szekcióban elhangzott előadások közül dr. Lakatos Enikő *Az ökumenikus kórházi lelkigondozás a Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós Centrumában* és Kovács Ferenc – Kovácsné Treer Mária *Akikért nem szólt a harang („Ne félj, nem ítélek el!”)* c. előadásának írott változata kötetünkben olvasható.

DR. LAKATOS ENIKŐ

Az ökumenikus kórházi lelkipozítás a Semmelweis Egyetem Assisztált Reprodukciós Centrumában

BEVEZETŐ

Meddőségen orvosi értelemben azt értjük, amikor legalább egy éven át tartó, védekezés nélküli szexuális élet ellenére sem jön létre a kívánt terhesség (*Zegers-Hochschild et al., 2009*). A meddőség nemzetközi előfordulása 9–15% körül mozog, és az érintetteknek körülbelül a fele (56%) vesz igénybe orvosi segítségnyújtást (*Boivin et al., 2007*). Hazánkban a meddőség előfordulásának gyakorisága hasonló lehet a nemzetközi értékhez, ami jelenleg a párok körülbelül 15%-át érinti (*Török & Major, 2013*). Mindez minden ötödik-hatodik, azaz legalább 150 000 házaspárt érint (*Bernard & Krizsa, 2006*).

A vágyott gyermekáldás elmaradásával gyakran érzelmi hullámvasúthoz hasonlítható lelkiállapot (szomorúság, düh, elszigetelődés stb.) alakul ki, amit az érintettek mentális állapota, párkapcsolati minősége és más kapcsolatai is meg-sínylenek (*Greil, 1997*). A mentális egészség megbomlása pedig olyan örögi kört indukál, ami képes fenntartani a nem tervezett gyermektelenség állapotát.

Hazánkban és más nyugati országokban egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a demográfiai probléma orvoslására. Ennek köszönhetően az országok motiváltak a termékenységet elősegítő társadalompolitikai programok meghonosításában, melyben kulcsszerepet játszik az orvosi segítségnyújtás. Ugyanakkor egyre inkább megjelennek a pszichológiai segítségen alapuló egyéni és párterápiák is, illetve ritkán csoportterápiák, amire növekvő igény tapasztalható az érintettek körében.

Jelen tanulmány célkitűzése annak a bemutatása, hogyan válik a spiritualitás a nehezített fogamzásban (meddőségben) érintettek gyógyító eszközévé. Érde-mes ugyanis megvizsgálni a testi szinten megnyilvánuló nehezített fogamzást az egyén teljességében, párkapcsolati és más társas kapcsolati viszonyrendszerében,

továbbá az élet kezdetének és ajándékának spirituális vonatkozásában is (*Lakatos, 2021*). Tapasztalati tények mutatják azt, hogy e spirituális viszonyrendszer támogatása képes segíteni a nehezített élethelyzet miatti stressz feloldását, ami segítheti a vágyott gyermekáldás természetes vagy orvosi segítséggel történő elérését.

A „BIBLIA ALAPÚ STRESSZKEZELÉS” PROGRAM

A „Biblia alapú stresszkezelés” módszere a kiegyensúlyozott lelkiállapot, a mentális stabilitás elérése és fenntartása, valamint a nehezített fogamzás nyomán fellépő stresszel szembeni megküzdés folyamata során a meglévő erőforrások tudatosításán túl a vallásosság és az istenhit mint külső, objektív erőforrás jelenlétének felismerését tűzte ki célul. A kurzus kiemelten foglalkozik a meddőségben érintett párok személyes istenkapcsolatának újrafelfedezésével és annak elmélyítésével. E tekintetben a nehezített fogamzás az Isten és ember kapcsolatának folyamatosan megújításra váró szövetségi kapcsolataként értelmezhető. Isten az akaratlan gyermektelenségre tehát nem befejezett létállapotként tekint, hanem az Isten és ember közötti dinamikus szövetségi viszonyként (*Moss & Baden, 2015*). Mindebben fontos szerepe van az egyéni és a párkapcsolati szinten megélt vallásos cselekmények gyakorlatának, úgymint a bibliai üzenetek olvasásának, tanulmányozásának vagy az imádságnak.

KONCEPCIÓ ÉS STRUKTÚRA

A Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós Centrumának páciensei számára a segítő orvosi ellátás része a mentális, pszichés és lelki segítség nyújtása, amiről a centrum betegei tájékoztatást kapnak e-mailben vagy telefonos sms formátumban. Az egyszeri tájékoztatást követően lehetőség nyílik az egyéni vagy páros lelkigondozásra és az önsegítő csoportba való bekerülésre. A nyolcalkalmas hibrid (hét online és egy személyes alkalom) önsegítő kurzust megelőzően, az érzelmi stabilitás szűrésére személyes interjún vesznek részt az érintett párok. Az interjú célja a kölcsönös megismerkedés, a személyes bizalom kialakítása, az egyéni sérülékenység feltérképezése, valamint a lelkigondozott személy vagy pár élettörténetének, megküzdésének megismerése. A csoportba kerülés feltétele

az epizodikus szorongásos állapot (*Szigeti, Pápay & Perczel-Forintos, 2015*), ami az érintettség révén a nehezített fogamzáshoz kapcsolódik, ugyanakkor nem terjed ki a személyiséget és a viselkedést érintő más területekre.

MÓDSZEREK, ESZKÖZÖK

A nehezített fogamzás élethelyzetében a teherbeesés sikerességét nemcsak az egyén pszichológiai jólléte növeli, hanem a szituációra adott adaptív megküzdés (*Pápay, 2012*) is. Ahhoz, hogy az egyén kezelni tudja a hosszan tartó stresszhatásokat, kognitív vagy viselkedéses erőfeszítéseket kell tennie, melyeket összefoglalóan megküzdésnek nevezünk. Ugyanakkor a stresszt átélő személy viselkedéses válasza jelentős mértékben függ a probléma kiértékelésétől, a személyiségjegyeitől, a megküzdő kapacitásától, kontrollképességétől, a szociális készségektől, valamint a társas támogatottságtól.

Szakirodalmi eredmények támasztják alá, hogy a csoportos lelkipogozás alkalmas eszköz lehet az aktuálisan nehézséget átélő, de klinikai értelemben mentálisan nem sérült emberek támogatására. Csoportban lehet leghatékonyabban beazonosítani és begyakorolni mások érzelmi megnyilvánulásait és magatartási motivációit, ami önismerethez vezet. Közösségben történhet meg a nagy „átbillenés” is, amikor a bizalom erősebb a félelemnél, mert a kimondott félelem már megosztott, sőt aktivizálódik az életesemény nyomán fellépő érzelmek feldolgozása. Mindezen túl a csoporttagok közösségében minden résztvevő egyszerre gyógyul és gyógyít (*Gyökössy, 1976*).

Az önségítő csoport résztvevői hasonló élethelyzetük révén rövid idő alatt képesek bizalmi légkört kialakítani. A csoportvezető személyének a bizalom és az empátikus figyelem megtartása, valamint a beszélgetések koordinálása a feladata. Mindezekből következően a csoportvezetőnek olyan empátikus, Szentlélektől megerősített körülményeket kell biztosítania, melyben az el-, és befogadás élménye segíti az egyén kirekesztettségérzésének feloldását, valamint javítja a párok egymáshoz és önmagukhoz való viszonyulásának minőségét.

Abban tehát, hogy egy párnak sikerüljön megtalálnia a saját helyét és kettőjük közös történetét egy ilyen kevésbé kontrollálható élethelyzetben, mint a nehezített fogamzás, jelentős szerepet kap az adaptív megküzdési stratégiák elsajátítása és azok biztonságos környezetben történő begyakorlása. A hatékony gyakorlati

módszerek alkalmazása ugyanis hatással lehet a meddőség nyomán fellépő stressz csökkentésére, és ennek egyik következménye lehet az egyéni és párkapcsolati jóllét megerősödése. Mindez megnyilvánulhat a párkapcsolati kommunikáció és szexuális élet kiegyensúlyozottságában, így segítve a természetes gyermekáldás lehetőségének előfordulását, valamint az orvosi segítségnyújtás hatékonyságát.

A KURZUS CÉLJA

A kurzus célja: fejlődni az érzelemszabályozás, a vallásos megküzdés terén, illetve mélyíteni a személyes istenkapcsolatot, az egyéni és páros vallásgyakorlást. A nyolcalkalmas kurzus azt kívánta tudatosítani, hogy érzelmeink jelezhetik a körülményeinkre adott magatartási választ, de nem uralhatják az aktuális élethelyzettel járó stresszel szembeni megküzdést. A bibliai üzenetek és az imádások során megélt istenkapcsolat mélyítette a spirituális jelenlétet, ami képes volt segíteni a nehezített fogamzás stresszével szembeni hatékony megküzdést, az akaraton kívüli gyermektelenség veszteségének feldolgozását és az orvosi beavatkozások révén megváltozott élet elfogadását.

A KURZUS TEMATIKÁJA

A heti rendszerességű, nyolcalkalmas kurzus hét online alkalomból és egy személyes találkozásból állt. Az alkalmak anyagát a *Kiborulva. Nyers érzések-bölcs döntések* (Szentírás Szövetség, Budapest, 2016) című bibliaóra-sorozat adta, amelyet kiegészítettem a *Kereszt Kérdések* (Szentírás Szövetség, Budapest, 2009) című bibliaóra-sorozat egyik (Kicsoda Jézus Krisztus?), valamint az *Élet-kérdések* (Szentírás Szövetség, Budapest, 2016) című hitmélyítő anyag másik anyagával (A jó Isten). A témákat a nehezített fogamzás miatti kontrollálhatatlan élethelyzet sajátosságaira nézve tárgyaltam.

A kurzus – mint tanulási folyamat az élmény – a tapasztalat és az azonosulás rétegszintű megjelenéseit gyakoroltatta a résztvevőkkel. A kurzus egy elvi gondolatsor, valamint két gyakorlati feladatsor köré szerveződött, amit a csoportvezető lelkipásztor személyes érintettségének bizonyoságtétele vezetett be.

A hét, egyenként kétórás intervallumú online alkalom első része olyan elemeket tartalmazott, mint Isten jelenlétének tudatosítása a kevésbé kontrollált élethelyzetekben, gyakorlati útmutatás az Istenre figyelés elmélyülésében, valamint bibliai üzenetek (igék) módszeres olvasása, azok üzenetének tanulmányozása. Az online, bibliai alapú tanítások (ppt diásorok) a választott bibliai történetek alapján (például Jerikó városának csodálatos bevétele, Josáfát király győzelme, Jézus betegségek feletti uralma), Isten szuverén és csodálatos jelenlétét hangsúlyozták változatos élethelyzetekben.

A csoportalkalom második részében interaktív gyakorlati feladatsor köré szerveződve mélyítettem a spirituális meggyőződést és a hitgyakorlást, valamint a mindennapi események pozitív újraértékelését. Cél volt, hogy a résztvevők továbbgondolják és tapasztalati szinten is azonosuljanak a frontális tanítással, így segítve a vallásosság élményének megélését és annak módszeres gyakorlását. A csoportos és páros feladatok a *probléma-újraértékelő megküzdést* (egyet hátra lépve, objektíven rátekinteni a helyzetre és pozitívan értékelni azt) alkalmazták, amelyek kedvezőbb pszichológiai alkalmazkodást eredményeztek a kontrollálatlan élethelyzetben.

A páros feladatok lehetőséget adtak a vallásosság párkapcsolati szintű megélésére. Az elhangzott, majd csoportban megvitatott élmények témafelvetéssel lehetőséget nyújtottak a párok számára, hogy megbeszéljék vallásosságuk forrását, minőségét és annak gyakorlatát.

Az alkalmakat lezáró csoportvezető lelkipásztor imádsága összefoglalta a feldolgozott információt. A záró imádság nemcsak hálaadást és Isten előtti bűnvalló elemeket tartalmazott, hanem közbenjáró imádság is volt a csoporttagok élethelyzetéért. Imatémákat (például Isten teremő akaratának megnyilvánulása, a párkapcsolati szeretet és kommunikáció minőségi javulása) magában foglaló egység, aminek célja a szenvedő ember segítése. További cél volt, hogy a jelenlévők beszűkült élethelyzetük ellenére megtalálják a lelkileg megújult élet szabadságát, ami segítette a csoporttagok egyéni és párkapcsolati identitásának újradefiniálását. A csoportalkalom végén elmondott Miatyánk lelki közösséget teremő ereje megerősítette a csoport spirituális élményét, elmélyítette a bibliai példák tanúságát, és magasabb szintre emelte a szubjektív jóllét vallásos élményének tapasztalatát.

A kurzust lezáró nyolcadik alkalom során lehetőség nyílt a résztvevők személyes találkozására, egy református gyülekezeti közösségben. E tekintetben kettős

cél motivált. Egyfelől lehetőséget kívántam nyújtani a csoporttagoknak a személyes találkozására. Az online csoportalkalmak során nem volt lehetőség a személyes élettörténetek megosztására. A csoportos és páros kérdések megválaszolásának egyéni hangvétele adhatott betekintést a résztvevők életútjába. Mindebből következik, hogy hiányként jelent meg a személyes kapcsolatok élményszintű tapasztalata, ami magában foglalta az egyéni élettörténetek megismerését, az addig megismert stresszkezelő megküzdési módok közös gyakorlatát és a vallásos élmény (például imádság) közösségi szintű átélését. Ennek a hiánynak a kielégítésére szerveződött a személyes találkozás, ami egyben a kurzust lezáró (nyolcadik) csoportalkalom volt. Másfelől fontos szempontnak tartottam a gyülekezeti életformába való bevezetést is, hangsúlyozva, hogy a nehezített fogamzással küzdők számára is lelki otthont biztosít a keresztyén, vallásos közösség.

A záró alkalom hármas egysége (1. tanítás Isten szuverenitásáról, 2. a tanítást elmélyítő csoportos és páros kérdések, 3. imaközösség) kiegészült a résztvevők lelkiállapotának és egyéni élettörténetének megosztásával, valamint egy szerény közös ebéddel. A személyes találkozások élménye, az egyéni élettörténetek és megküzdések megosztása, majd a közösen elfogyasztott ebéd tovább erősítette a csoportkohéziót. A csoport közös élményeként jelent meg a sorstársi közösség életigenlő, szubjektív jóllétet segítő hatása, ami támogatta a nehéz élethelyzet ellenére is fennálló reményteljes jövőképet.

A CSOPORTFOLYAMAT

Az önsegítő csoportban való részvétel lehetőséget adott egyéni és páros belépésre. Ismeretes, hogy a nők gyakrabban keresik a társas támogatás lehetőségét, míg a férfiakra inkább az elkerülő stratégia és az érzelmi távolságtartás jellemző (*Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010*). Figyelembe véve a stresszválasz nemi különbségeit, szabaddá tettem a résztvevőket arra nézve, hogy maguk döntsenek a csoportban való részvétel egyéni vagy páros formájáról. A kurzuson nagyobb volt a párjaik nélkül megjelent női csoporttagok aránya, jóllehet párok együtt is részt vettek a csoportalkalmakon. Mindez nem befolyásolta a kurzus aktivitását, mivel a nehezített fogamzás párkapcsolati történés, melyet a párok együtt élnek át. A témával foglalkozó segítői attitűd tehát megjelent a párkapcsolat minőségében és az aktuális nehéz élethelyzettel szembeni megküzdésben.

A csoportba való jelentkezés során nem volt kitétel a vallásos meggyőződés, jóllehet a résztvevők tisztában voltak a csoportos lelkigondozás kulcsfontosságú eszközeként használt isteni szuverenitással és a vallásgyakorlás szubjektív jólétet segítő hatásával.

Összességében a segítő attitűd nyomán erős kötelékek alakultak ki a csoportvezető lelkipásztor és az egyének vagy párok, illetve a csoporttagok között, ami további jelentős erőforrássá vált az egymást támogató sorstársi közösségben. A hasonló élethelyzetek megosztásának lehetősége oldotta a mindennapos társadalmi közegből való kirekesztettség érzését, csökkentette a nehezített fogamzás miatt megélt szorongást és félelemérzetet, növelte az önbizalmat, és a spirituális élmény új erőforrásokat tudott megnyitni. A csoportban gyakorlati információáramlás segítette az orvosi segítséget igénybe vevők szégyenérzetének feloldását. A csoport új kompetenciákat kapott a vallásosság, az önismeret és a kommunikáció fejlesztéséhez, segítette a megküzdés egyéni és páros aspektusait. A csoport tagjai képessé váltak érzelmeik átélésére és az azokról való nyílt kommunikációra.

A CSOPORT UTÁNKÖVETÉSE

A személyes találkozás egyfelől jelentette a kurzus lezárását, másfelől lehetőséget biztosított a személyes lelkigondozói kapcsolat elmélyítésére. A mentálisan érzékenyebbek, illetve az élethelyzetükből fakadóan aktuálisan lelki mélypontot megtapasztalók éltek a segítő kapcsolatokkal, ami nemcsak egyéni vagy páros formájú, hanem csoportos lelkigondozást is jelentett. A heti rendszerességű (hét) online és (egy) személyes találkozást magában foglaló hibrid csoport lezárását követően további csoportos lelkigondozói keretet biztosítottam, és tapasztalataim szerint hozzávetőlegesen a csoporttagok fele élt a további csoportos lelkigondozás lehetőségével.

Összességében elmondható, hogy a társas támogatottság segíti a megküzdést, és olyan pozitív változásokhoz is vezethet, mint a párkapcsolati kohézió és az önbecsülés megerősödése vagy a kontrollálhatatlan élethelyzet ellenére megélt reményteljes jövőkép. E tekintetben a nehezített fogamzás következménye nemcsak pszichológiai probléma lehet, hanem hosszú távon poszttraumás növekedéssé is válhat, lényeges szerepet játszva a személyiség érésében és fejlődésében.

ÖSSZEGZÉS

Az SE Asszisztált Reprodukciós Centruma nemcsak hazánkban, de közép-európai szinten is egyedülálló módon nyújt lehetőséget a mentális és lelki segítségnyújtásra a nehezített fogamzásban érintett pácienseik részére. A reprodukciós probléma orvosi ellátása mellett a centrum páciensei számára elérhető a mentális, a pszichológiai és a spirituális támogatás is. A mentális ellátás kiegészíti – és nem helyettesíti – a nehezített fogamzást segítő biomedikális támogatást. Mára bizonyított, hogy mind az egyéni, mind a csoportos segítő kapcsolatok hatékonyak a reprodukciós problémával küzdő nők pszichés állapotának javítására, páros megküzdésének támogatására, képesek növelni a vágyott gyermekáldás esélyét, különösen, ha a reprodukciós probléma kezdeti fázisában alkalmazzák azokat.

A „Biblia alapú stresszkezelés” programja több tekintetben úttörő az érintettek körében. Egyrészt ötvözi az egyéni és páros lelkigondozás elemeit, valamint az önsegítő csoportok sajátosságait. Másrészt a nehezített fogamzás pszichológiai megközelítését keresztyén értékrendbe, a vallásos meggyőződés általános jólétet támogató összefüggésébe helyezi. Harmadrészt a csoportfoglalkozásokon nemcsak a nehezített fogamzással küzdő nőkkel, hanem az élethelyzetben érintett párokkal is együtt dolgozik, így segítve az érintetteket közös megküzdésükben. Negyedrészt a csoportos lelkigondozás a keresztyén egyház missziós tevékenysége, mivel a csoporttagok biztonságos közegként élik meg a református gyülekezeti közösséget, így válik életük részévé a vallásos meggyőződés és gyakorlat.

Összességében elmondható, hogy a lelkigondozás a szükségben lévő embernek segít feltárni egyéni életútja lehetőségeit. A keresztyén, gyógyító lelkigondozás feladatának tekinti az egyén Istennel való szövetségi viszonyának rendezését, kapcsolati elakadásainak feloldását – egyéni és társas kapcsolati viszonyaira nézve egyaránt. Kulcsfontosságúnak tekinti a hitben járás gyakorlatát, amihez alkalmas közeg a lelkigondozó lelkipásztorral való élő, elmélyült kapcsolat. További megerősítő szerepet játszik a hasonló élethelyzetben lévők sorstársi közössége, akik érzéseiket rendszerezve belátják segítségre szorult állapotukat, és a teremtető Istentől várják érzelmi stabilitásuk megtartását és reményteljes jövőjük bizalmát.

IRODALOM

- Bernard A. & Krizsa F. (2006). A meddőségről általában. In Kaáli S. G. (szerk.) *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése* (pp. 13–23). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A. & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 22(6), 1506–12.
- Élet-kérdések (2016). Szentírás Szövetség, Budapest.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and Psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1679–1704.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. & McQuillan J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Social Health Illn*, 32(1), 140–62.
- Gyökössy E. (1976). A csoportdinamikai lelkigondozás. *Theologiai Szemle*, 19[új évfolyam], 336–338.
- Kereszt Kérdések (2009). Szentírás Szövetség, Budapest.
- Kiborulva. Nyers érzések-bölcs döntések (2016). Szentírás Szövetség, Budapest.
- Lakatos E. (2021). A reprodukciós nehézségek és a stressz kapcsolata. In Molnár K. & Mándi N. (szerk.) *A bőség alakzatai* (pp. 11–36). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Moss, C. R. & Baden, J. S. (2015). *Reconciling Infertility. Biblical Perspectives on Procreation and Childlessness*. Princeton University Press, Princeton and Oxford.
- Pápay N. (2012). A termékenységi problémák egészségpszichológiája. In Demetrovics Zs., Urbán R. (szerk.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása* (pp. 83–119). II. Klinikai egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Szigeti J., Pápay N. & Perczel-Forintos D. (2015). Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In Pápay N., Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia* (pp. 247–274). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Török P. & Major T. (2013). Új lehetőségek a női meddőség ambuláns kivizsgálásában. *Orvosi Hetilap*, 154(33), 1287–1290.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K. et al. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertil Steril*, 92(5), 1520–24.

Akikért nem szólt a harang

Lelki gyógyulás útja a „Ne félj, nem ítélek el!” lelkigyakorlaton

Hazánkban, a XXI. században a népesség csökkenése, ezen belül a *magzatvesztés* jelentős társadalmi kérdés, de megdöbbentő számadatairól nem esik szó a napi hírekben.¹ Jelenleg a *magyar népesség 25%-a* hordozza a korai babavesztést követő gyász fájdalmát. Magáért beszélő, elgondolkodtató számadat. De lehetőség is! A bármilyen okból történt babavesztés fájdalmának feldolgozása után a gyermekek megszületése megajándékozza a szüleiken és családjaikon túl az egész nemzetünket. A veszteséget rejtetten hordozó emberek mentális egészségének gyógyulása családjaink, társadalmunk pozitív életérzésére jótékony hatással van, és ez, kortól és életállapottól független, valamint számokban nehezen meghatározható.

„Ne félj, nem ítélek el!” lelkigyakorlatainkra olyan érintettek jelentkeznek, akik az életük során megélték a kisbaba bármi módon való elvesztésének traumáját, fájdalmát. Ez az emlék magától nem törlődik ki az emberi szívből. Az idő múlása sem gyógyít. A négynapos programunkon 2009-től 2023-ig különböző élettörténettel több mint 400-an vettek részt nők, férfiak, házaspárok és esetenként egészségügyben dolgozó érintett munkatársak.

Alábbiakban a leggyakoribb esetekről röviden írunk.

Eleinte szinte kizárólag az *abortuszuk fájdalmát hordozókkal* találkoztunk. Ebben az időszakban 57 év volt a résztvevők átlagéletkora. A meg nem született gyermekük történetét sokszor 20-30 évig hordozták mélyen eltemetve szívükben.

Az abortuszt követő tünetek többnyire elakadt, speciális gyászfeldolgozási folyamathoz hasonlíthatók. Különösen fájdalmas, hogy ők a *veszteség okozói és elszenvedői is egyben*. Az emlékeik váratlanul törnek elő egy film, életkrízis, súlyos betegség, várandósság, klimax, baleset, válás, vagy más gyász kapcsán és ekkor keresnek lelki segítséget. Az első öt évben szerzett tapasztalatainkat tudományos alapossággal leírtam a „Posztabortív tünet együttesben szenvedők gyógyulási lehetősége csoportban”² című záródolgozatomban.

¹ 12001–2020 közt 1 131 430 volt a magzati veszteség, melyből 794 260 legális terhességmegszakítás. Forrás: KSH https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0013.html

² Kovácsné Treer Mária: „Spir-A- L projekt.” SOTE mentálhigiénés lelkiigazgató szakirányú továbbképzési szak záródolgozat (2013).

2014 után jelentkeztek olyan fiatalabb, 30-45 éves hölgyek, akik *vetéléssel, korai vagy késői magzati halálozással* és olykor abortusszal is veszítettek el gyermeket. A korai babavesztések száma a valóságban sokkal magasabb a KSH statisztikai adatainál, mert abban csak azok jelennek meg, amelyek befejezése műtétrel történik. A ma is közöttünk élő nagyszámú érintett rejtve hordozza a fájó emléket.

*IVF in vitro megtermékenyítés*³ esetén cél az, hogy baba szülessen. Öt éve gyakori résztvevőink azok az édesanyák, akik 110 *embrióbeültetésen vettek részt*. Mély fájdalomként élik meg, ha a méhben már megtapadt gyermeküket nem tudják kihordani, hiszen úgy remélték – orvosi biztatásra is –, hogy nekik most végre sikerülni fog. A hosszú „várandóssági időt” kudarc követte. Nagyon nehéz a szíve azoknak, akiknek már van megszületett, élő „lombikbabájuk”, de a megfogant, beültetésre várakozó gyermeküket nem tudják befogadni, kihordani. Ők igazán átélik a veszteség fájdalmát, mert tudják, milyen szép, értékes gyermekük lehetne még, ha például a beköszöntő klimax nem akadályozta volna meg.

Azt tapasztaltuk, hogy a veszteség – a gyász feldolgozása nélkül – akadályozhatja a következő gyermek megfogadását, kihordását. Dr. Göbel Orsolya⁴ így fogalmazott: „*A rövid ideig élt babák is megérdemlik a gyászt. Tőlük is el kell köszönni.*” Lelkigyakorlatunkon egy szép rítust dolgoztunk ki a gyermektől való elköszönésre, és beszélgetünk arról is, mit ajándékozott e pici baba a szüleinek a rövidke életével. (*Édesanya, édesapa lettem, szerethetem gyermekem, a lelke örökké él az Isten közelében.*) Hétvégéink különlegesen szép ajándéka, hogy később több kisbaba születéséről, örökbefogadásáról kaptunk hírt.

MIÉRT NEHEZÍTETT A MAGZATVESZTÉST KÖVETŐ GYÁSZ?

Lelkigyakorlatainkon eltemetett, elakadt, késleltetett gyászreakciókkal találkozunk. A gyászoló, aki elhunyt hozzátartozójának ismerhette a személyét, az arcát, legkésőbb a temetés során szembesül családtagja, ismerőse halálakor a visszavonhatatlansággal, tudatosítja az elválást, lehetőséget kap az érzelmek kiélésére, a rítusok közösségi támaszt nyújtanak.

Magzatvesztésnél (abortusz, vetélés) a temetés elmarad, ezért megfoghatat-

³ Népszerű, ismert nevén „lombikbaba”.

⁴ Dr. Göbel Orsolya gyógypedagógus, pszichológus személyes közlése.

lan. Látszólag semmi sem történt. De az édesanya tudja, hogy valakit elveszített. A gyermekének arcát, testét nem láthatta. Nem köszönhetett el tőle. (Ma az ultrahang egy kissé láthatóbbá teszi.) A gyász természetes folyamata nem zárulhat le úgy, mint más hozzátartozó halálakor. Közösségi támasz, rítus nincs, sokszor nem is tudnak az ismerősök a baba rövidke életéről. Erről „nem illik” beszélni a családban, a baráti körben. Az ilyen terheket hordozó párok elszigetelődnek, gyakran szégyenként élik meg, hogy nem született meg a gyermekük. A lélektelen közhelyek nem segítik a veszteségfeldolgozást: „Pici volt, majd lesz másik, légy erős.” „Nem ember, csak egy sejtsomó!” „Élj tovább, felejtse el!”

Lehet, hogy 4-5 évig nem történik semmi, de bármilyen krízis, történés, szokatlan látvány, emlékeztető hang előhozhatja a gyász szinte megnevezhetetlen fájdalmát, s az, mint a vulkán, kitör.

Egyszer csak – lehet egy nap múlva, lehet sok év múlva – valamilyen esemény, álom, betegség kapcsán rádöbben a hiányra, a saját felelősségére, a veszteségre, hogy *lehetne még egy gyermeke*.

Résztevőink 66%-a ilyenkor a *bűntudat érzéséről* beszél, ugyanakkor csak 33% mondta magát vallásosnak. Megjegyzendő, hogy a meghirdetett találkozás lelkigyakorlatos házban zajlott, a részvételnek nem feltétele a rendszeres vallásgyakorlat.

Harag ébred a gyermek apja vagy más közreműködők felé. Többen vallották, hogy az abortusz/vetélés idején rossz volt a párkapcsolatuk, de ezt követően bizony sokszor meg is szakadt. A harag következménye az elhidegülés. Harag Istennel szemben is ébredhet. Miért nem akadályozta meg, hogy mindez megtörténjen, ha szeret? Harag önmaga felé, önmagukat teljes egészében felelőssé téve. Reménytelenség, önmegvetés, az önszeretet hiánya, alacsony önértékelés, a mindenre alkalmatlanság érzése az uralkodó fájó érzés szívükben.

AZ ISTENKÉP ÉS AZ ÖNÉRTÉKELÉS KAPCSOLATA A MAGZATVESZTÉS LELKI FÁJDALMÁVAL

Jellemzően alacsony az önértékelés, és a büntető Istentől való félelem fontossá teszi, hogy az istenképről beszéljünk, azzal foglalkozzunk. Az istenkép rendbe hozása/korrigálása javulást eredményez az önképben, és fordítva.⁵ Tehát akár

⁵ Dr Horváth-Szabó K. Istenkoncepció-istenkép-istenreprezentáció. SOTE lelkigondozó képzés, előadás (2011).

hívó, akár csak érdeklődő emberekről van szó találkozásaink során, érdemes erről szólni, a destruktív elemeket megmutatni. Minden embernek, még az ateistának is van valamilyen istenképe. Az istenkép az érzelmekkel átszőtt tapasztalatokból szűrődik le. Nagyon szubjektív. Bennünk van, hasonló önmagunkhoz. Az istenkép az önértékeléssel mutat párhuzamot. Pozitív önértékelés pozitív istenképpel jár, a negatív negatívval. Gyakran az önértékelést vagy az istenképet kell megerősíteni, akkor az illető maga is szeretni tud, és szerethetővé válik. Ha nincs szeretetkapcsolat, először azt kell pótolni!

Az Istenről a személyes tapasztalatok kapcsán érdemes beszélni, elméleti ismeretek átadásának kicsi a hatékonysága.

AZ ÉLETBEN NINCS VISSZAJÁTSZÁS, DE VAN GYÓGYULÁS

A gyógyulás első, kihagyhatatlan lépcsője: szembenézni azzal, ami történt.

A megbocsátás egy sokrétű, hosszan tartó időszak. A harag a megbántás tudatosulása után jelenik meg: *„Vádolom a férjem. Ha csak egy szóval mondta volna, hogy NE, nem tettem volna.”* Meg kell találni a lehetőséget, hogyan tudok megbocsátani önmagamnak, és mindazoknak, *akiket ebben a ballépésben/helyzetben felelősnek érzek*, akikre haragszom, akikkel szemben vád van a szívemben.

A GYÓGYULÁS ÚTJA A MEGBOCSÁTÁS

Amikor a résztvevő észreveszi, hogy az addigi megküzdési stratégiái hatástalannak, a megbocsátás mellett dönt. Rádöbben, hogy nagy árat kell fizetni eredeti sérelméért, szenved, romlik az egészsége. A harag mérge rosszabb, mint a béke keresése! Lassan már önmaga felé és a másokra irányuló harag is kezd elcsitulni. Eddig a saját fájdalmára figyelt, most már a másokra terelődik a figyelme: *„Ne vádold csak magadat, közösen tettük a rosszat.”* (Házaspár) Vannak olyan időszakok, amikor már tud mosolyogni is. Ez egy nagyon nehéz, fáradságos gyógyulási időszak, amit kihagyni nem lehet, és e folyamat végén tör elő a reménysugár, hogy a helyzetet átélve, elindul a teljes megbocsátás, a kiengesztelődés, a megbékélés felé.

A nem vallásos emberek is megbocsátanak, és ennek belső béke, lelki egészség, jó közérzet az eredménye. *„Bocsánatot kértem gyermekemtől, nem tudtam akkor, hogy mit teszek.”*

A vallásos megbocsátás célja az Istennel való kapcsolat rendezése. *„Hála van bennem, kinyílt a szívem Isten felé.”*

Ilyenkor jönnek elő a „Hogyan tovább?” gondolatok. A megbékélő ember kezdi látni a jövő felé vezető utat, s kezdi keresni azt, hogy mit kezdjen a továbbiakban az életével, kezdi keresni, hogy mi a célja és reménye a további életének.

Azt látjuk, tényleg megtörténik az a gyógyulás, amiről Jézus beszél az Evangéliumban. Ő testileg és lelkileg sokakat meggyógyított.

A gyógyulásokon kívül azt vettük észre, hogy az istenkapcsolatok is csodás irányt vettek. Ezek az emberek mélyebben megtapasztalták Isten gyógyító, irgalmas szeretetét, és emiatt közelebb kerültek hozzá. Szinte közelebb, mint azok, akik úgymond egész életükben „jók” voltak. Ezekben a nőkben, férfiakban alázatos és mély szeretet éledt fel a Jóisten iránt, ami sokszor fölülmúlja azokét, akiknek nem volt ilyen mély traumájuk vagy bűnbánatuk. Aki az életében „padlóra került”, de Isten fölemelte, az a többi emberhez is kevésbé ítélkezően és nagy alázattal fordul.

VAN GYÓGYULÁS, LEHETSÉGES AZ ÚJRAKEZDÉS

Az Istennel, másokkal, önmagával való megbékélést lelki megújulás, életrendezés, gyermek születése követheti. Néhány résztvevőnk rövid vallomását osztjuk meg Önökkel:

- *Azt tanultam meg válságos időszakaimból, hogy amikor már azt hiszed, nem megy tovább, akkor jön a kegyelem. Ha az Úr elhív valamilyen szolgálatra, ő alkalmassá tesz.*
- *Volt idő, tér, hogy megtaláljam gyermekemet, ő él, s újra fogunk találkozni.*
- *Milyen szerencsések vagyunk, hogy itt lehetünk és szembenéztünk a dolgokkal!*
- *Megtanultam küzdeni. Megtanulom az életet élni. Pozitív üzenete: fel tudom ismerni, hogy bár a földön nem látszik, de anyák napján én is kihúzhatom magam. Hálát adok Istennek, hogy bár a földön még nem tudok édesanya lenni, de a mennyben már nagycsaládos édesanya vagyok.*

- *Soha ne ítéljek el senkit, mert nem tudom, hogy mi történt velük, milyen hatások érték.*
- *Meg vagyunk győződve, hogy jó és logikus, ahogy cselekedtünk, és később Isten segítségével rádöbbenünk, hogy mennyire rosszat tettünk! Én később felvállaltam, elmondtam másoknak, mennyire megbántam, s ne tegyenek ilyet.*
- *Kinyitottam a sírt, amit nagyon régóta betemetve tartottam a lelkemben, s jó volt elindulni azon az úton, hogy gyógyuljon a szívem.*
- *Bátorságot kaptam, hogy ki merjem mondani halálos bűnömet.*
- *A lelkigyakorlat nagy nyitottságot hozott a szívembe mások felé.*
- *Megkönnyebbülést, gyógyulást, erőt adott és kedves, befogadó, segítő közösséget.*
- *Társaktól megértést kaptam. A többiek más történetéből, azok feldolgozásából sok erőt lehet meríteni.*
- *Nem tudom, eddig miért nem láttam meg, hogy nagyszerű gyermekeim vannak. Mindig azért panaszkodtam, ami nincs. A pszichiáter lecsökkentette a gyógyszeremet, sőt napi 4 órát tudok dolgozni.*
- *Megláttam, hogy nem vagyok egyedül, s közös erővel könnyebb és eredményesebb a lelki dolgok feldolgozása.*
- *Döntést az Úr hoz; Jób könyvét átírtam: „Az Úr adta, az Úr hazavitte.”*
- *Kétféle kapcsolatból két kamasz fiam van. A jelenlegi élettársammal 5 éve élünk együtt, de a várt baba nem jött. Úgy éreztem, a Sors megbüntetett, hogy nem fogadtam el fiatalon az érkezőket. A hétvége után 42 évesen megfogant kislányom. Boldogok vagyunk.*
- *Tudtam, anyának is volt, bár erről sose beszéltünk. Nem volt jó a kapcsolatunk. Éreztem, jó lenne kibékülni, de nem tudtam, hol kezdjem. Hamarosan a lelki hétvége után megtudtam, előrehaladott betegsége van. Haláláig gondoztam és közben közelebb kerültünk egymáshoz. Hálás vagyok ezért az időszakért.*
- *Megtaláltam az „igazit”, egyházi házasságot kötöttünk. Megszűnt a frusztráció. Más, mint a csak az arra a napra igaz együttélés. Lehet egymásra számítani. Ez biztonságérzetet ad. Négy fiúgyermekünk született. Hála, öröm van a szívemben.*
- *Családegyesítéssel lett egy nagyobb családom, a gyerekeknek nevet adva.*
- *Amit megtapasztaltam: jó együtt sírni és együtt nevetni másokkal. Lackfi János soraival:*

*Add, Uram, hogy ne bonyolítsam
feleslegesen azt, ami egyszerű,
és ne butítsam le önkényesen azt, ami bonyolult.
Add, hogy ne tagadjam le azt, ami borzalmasan nehéz,
de ne is engedjem, hogy ólomsúlya maga alá gyűrjön.
Add, hogy ne kerüljem a fájdalmat bármi áron.*

ÖRÖMHÍRÜNK: A 38. vágyott KISBABÁNK lelkigyakorlatot követően MEGSZÜLETETT. És 3 gyermeket fogadtak örökbe...

Tisztelettel ajánljuk figyelmükbe az egyik édesanya boldog, hittel teli sorait:

Kedves Mária és Feri!

Ezúton szeretném tudatni veletek, hogy Isten kegyelméből idén július 12-én életet adtam első gyönyörű gyermekemnek, Arankának.

Évekkel ezelőtt voltam a lelkigyakorlaton, sokat segített a gyász feldolgozásában, a továbblépésben. Éltük a férjemmel az életünket, a gyerektémát pedig teljesen elengedtük és Istenre bíztuk, akar-e adni nekünk, vagy más tervei vannak velünk.

Isten áldását kérem életetekre, munkátokra a továbbiakban is!

Szeretettel, Anett



A GYERMEKTELEN ÉLETPÁLYA

Szekcióvezető

TANÁCS ESZTER

ELHANGZOTT ELŐADÁSOK

TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA, DR. NAGY BEÁTA MAGDA és

DR. ARANYI GÁBOR

A jövővel kapcsolatos bizonytalanságok és a gyermekvállalás összefüggései

BÉKÉSI TÍMEA és TANÁCS ESZTER

A Nem lettem anya veszteségfeldolgozó csoport bemutatása

TANÁCS ESZTER

A gyermektelen életpálya

Szekcióbeszámoló

A nagy érdeklődés övezte szekcióban a gyermektelen életpálya különböző pontjai jelentek meg: míg az első előadás során a nem akaratlagos gyermektelenség vesztesége került fókuszba, a második előadás a reprodukív döntést befolyásoló tényezők közül a klímaváltozást helyezte középpontba.

A szekció első előadását Békési Tímea és Tanács Eszter tartotta, *A Nem lettem anya veszteségfeldolgozó csoport bemutatása* címmel. Mindazok számára, akik vágyuk ellenére nem váltak anyává, a gyermektelenség veszteségként fogható fel, bármilyen okból is nem tudott realizálódni a gyermekvállalási szándék. Az érintettek nagy része számára ez életük legfájdalmasabb tapasztalata, krízise.

Megfoghatatlan veszteségről van szó, bár fizikailag nincs jelen, lelkileg jelen van a vágyott gyermek. Az érintettek nehezen tudják megfogalmazni, mit veszítettek el, illetve a veszteség realizálása maga is egy folyamat. Veszteségük környezetük és a társadalom szemében sokszor láthatatlan marad, a környezet sok esetben nem is tud az érintett gyerekvállalási szándékáról, az ezért tett erőfeszítéseiről. Gyászuk érvénytelenített, jogfosztott abból a szempontból is, hogy hiányoznak a veszteségfeldolgozáshoz kapcsolódó normák, szokások, rituálék, nem állnak rendelkezésre minták a veszteségek artikulálására és értelmezésére. Emellett prospektív gyászról van szó, a gyász a jövőre irányul, az elképzelt jövő, remények és álmok állnak a középpontjában. Egy non-eseménnyel, a szülővé válás normatív krízisének elmaradásával kell megküzdeni, amely az identitást érintő veszteségek mellett szociális státuszvesztést is magával hoz.

A veszteség és hatásai az intrapszichés, az interperszonális és a tágabb társas szinten is megjelennek, így a veszteségfeldolgozás is e három színteret érinti. A gyermektelenség veszteségének feldolgozása során jelentős szerepet játszik a veszteség fájdalmának megélése mellett az önbecsülés helyreállítása, az identi-

tás újradefiniálása és az alternatív életcélok felé fordulás, mellyel párhuzamosan zajlik a kapcsolati szintér átalakulása és a történetek jelentésének keresése, élet-történetbe integrálása.

Az elméleti háttér bemutatása után Békési Tímea saját történetét osztotta meg, a végleges gyermektelenségéhez vezető okok mellett azt vette sorra, mi segítette a gyermektelenség veszteségével való megküzdésben.

A szakemberként szerzett elméleti tudás, gyakorlati tapasztalatok, illetve a gyermektelen nőként megélt saját élmények integrációjából született a *Nem lettem anya veszteségfeldolgozó csoport*. A sorstársközösség erejére is építő, kettős vezetéssel zajló tematikus gyászfeldolgozó csoport online és Budapesten személyes formában is elérhető, egy csoport 6-8 fő részvételével zajlik, 10 alkalommal, kéthetente 2 órában találkozik.

Az előadást követő reflexiók során felmerült, hogy a végleges gyermektelenséghez vezető úton elszenvedett veszteségek a gyermektelenség okától függően eltérhetnek, a meddséghez, asszisztált reprodukciós eljárásokhoz más tapasztalatok kapcsolódnak, mint a körülményekből fakadó gyermektelen nők esetén például a pártalálás sikertelensége miatt megélt nehézségek, közös tapasztalatot és alapot jelent viszont, hogy a nem akaratlagosan gyermektelen nők vágyuk ellenére nem váltak anyává. Megfogalmazódott emellett, hogy a férfiak által megélt veszteségekről is fontos lenne szót ejteni, veszteségfeldolgozásuk segítésének lehetőségeit feltárni.

A második előadást *A jövővel kapcsolatos bizonytalanságok és a gyermektelenség összefüggései* címmel Tomanóczy-Harangozó Orsolya tartotta, saját kutatása eredményeit mutatta be a hallgatóságnak. Online kérdőíves vizsgálatában 18 és 45 év közötti személyek vettek részt, az előadó 205 fős mintán elemezte a klímaváltozás, a gyermekvállalás, mint cél fontossága, az anyaságrepresentációk és a gyerekvállalással kapcsolatos döntések összefüggéseit.

Eredményei szerint a minta 71%-a nagyon komoly problémának tartja a klímaváltozást, a megkérdezettek 66%-a nagyon valószínűnek tartja, hogy a következő 30 évben a klímaváltozás miatt jelentősen át kell alakítani a jelenlegi életmódunkat. Eredményei szerint a gyermekvállalással kapcsolatos döntésekre ugyanakkor a klímaváltozásnál nagyobb hatást gyakorolnak olyan külső tényezők, mint például az egészségügyi rendszer helyzete; a saját anyagi helyzet; a hazai gazdasági helyzet, bizonytalanság; a jelen politikai berendezkedés; a világ-

gazdasági helyzet; háborúk a világban. Összességében a minta 43%-a számolt be arról, hogy a gyermekvállalással kapcsolatos döntését a klímaváltozás valamilyen módon befolyásolja.

A vizsgálat eredményei szerint azok között, akiket nem befolyásol a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseikben a klímaváltozás, nincs szignifikáns különbség a magukat vallásosnak, hívőnek vallók és azok között, akik nem tartják magukat vallásosnak. Azok, akiket nem befolyásol a klímaváltozás a reprodukatív döntésükben, magasabbra értékelik a gyermekvállalást mint célt, és az anyaságra inkább tekintenek a női identitás természetes részeként, szemben azokkal, akiknek a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseire hatással van a klímaváltozás.

Az előadó felhívta a figyelmet arra, hogy a mintában nagy arányban szerepeltek a klímavédelemben érdekelt személyek, valamint hogy nem feledkezhetünk meg arról, hogy a reprodukatív döntéshozatalt számos tényező, esemény egyszerre terheli. Emellett keresztmetszeti kutatásából és a témában végzett kevés számú más vizsgálatból a reprodukatív döntés véglegességéről nem kapunk információt. Felmerül továbbá az a lehetőség is, hogy a klímaváltozás miatt reprodukatív döntéseiken változtatók számára egyébként sem fontos cél a gyermekvállalás.

Az előadás utáni megbeszélésben felvetődött, hogy a klímaszorongás miként jelenik meg a terápiás térben, és vajon mennyiben egzisztenciális szorongásunk, halálszorongásunk megmutatkozása. Többen azt hangsúlyozták, hogy fontos biopszichoszociális keretben gondolkodni erről a kérdésről is, az egyén nem ragadható ki komplex rendszeréből.

A szekció rávilágított a gyermektelen élethelyzet összetettségére, sokszínűségére, a gyermektelenséget és megélését befolyásoló megannyi lehetséges tényezőre, és arról is elgondolkodtatott, hogy e számos aspektus kapcsán mi az, ami döntés kérdése, és mi az, amit az egyén nem tud kontrollálni.

A szekcióban elhangzott előadások közül Tomanóczy-Harangozó Orsolya – Dr. Nagy Beáta Magda – Dr. Aranyi Gábor: *A jövővel kapcsolatos bizonytalanságok és a gyermekvállalás összefüggései* c. előadásának írott változata kötetünkben olvasható.

TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA –
DR. NAGY BEÁTA MAGDA – DR. ARANYI GÁBOR

A jövővel kapcsolatos bizonytalanságok és a gyermekvállalás összefüggései

A reprodukív attitűdök azok a pozitív vagy negatív értékelések, amelyeket az emberek a gyermekvállalással és -neveléssel kapcsolatban megfogalmaznak. Azonban ez nem állandó, számos társadalmi, gazdasági és egyéni szintű tényező befolyásolja – az emberek életük során új tudással lesznek gazdagabbak, és beépítik szándékaik kialakításába az általuk észlelt korlátokat is. Ebből következően az emberek időnként felülbírálják, megváltoztatják az ideális gyermekszámról alkotott véleményüket (*Iacovou & Tavares, 2011*).

Az elmúlt időszak eseményei jelentős fordulatokat okoztak, amelyek hatása a jövőre nézve még kevésbé kiszámítható. Gazdasági, társadalmi és politikai krízisek mellett természeti katasztrófák sújtották világunkat, részünk volt a világot térdre kényszerítő járványban, és ismét háborúk zajlanak Európában (*Kiss-Kozma & Székely, 2022*). Nyilván más-más szintű következményekkel kell szembenézniük a különböző országoknak, de akik nem találkoznak közvetlenül például súlyos egészségügyi vagy gazdasági következményekkel, azok is folyamatosan értesülhetnek a jövőképet erősen árnyaló történetekről, hiszen a médián keresztül azonnal eljutnak hozzánk az információk.

A gyermekvállalás is alapvetően a jövőhöz kötődik, ezért ha megváltoznak az előttünk álló jövő nézőpontjai, az idővel hatással lesz a reprodukív korú személyek döntéseire. Ha pedig a jövővel kapcsolatos várakozások kevésbé pozitívak, akkor csökken a termékenység. A koronavírus-járványra vonatkozóan már vannak kutatások, általánosságban elmondható, hogy a bizonytalanság megszakította a pozitív termékenységi trendeket Európában, hátráltatta a családalapítással, gyermekvállalással kapcsolatos tervek megvalósítását (*Kapdebo, Papházi & Tárkányi, 2022*).

A bizonytalanságok és a gyermekvállalás témájához kapcsolódik egy szociológiai szempontból lényeges jelenség, Európa égető problémája, a demográfiai csökkenés. A legtöbb európai ország teljes termékenységi arányszáma csökke-

nésnek indult a század elején (Kis, 2018). Jelenleg is a népesség méretét ki- és bevándorlás nélkül hosszú távon biztosító 2,1 szint alatt vannak az értékek. Magyarország helyzete is hasonló a fogyatkozó népességű országokéhoz: a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2022-es adatai szerint 1,52 hazánk arányszáma. Ennek ellenére hazánkban hagyományos nézetek vannak jelen a családtervezésről és gyermekvállalásról, a magyar nők általában több gyermeket szeretnének a kutatások szerint, és úgy vélik, a teljes élethez szükség van gyermekre (Szalma & Takács, 2016).

A bizonytalan jövőbeli kilátás közös pontja a gyermekvállalást befolyásoló külső tényezőknek.

Számos nemzetközi kutatás készült arról, hogy a környezettel kapcsolatos aggodalmak, a klímaváltozás is befolyásolhatja ezt a szándékot, de az összefüggések pontos természetével kapcsolatban még nem rendelkezünk megfelelően részletes ismeretekkel (Schneider-Mayerson & Leong, 2020). A téma frissességét is jelzi, hogy egy idén kiadott irodalmi áttekintés mindössze 31 releváns cikket talált a 2002 és 2021 közötti időszakra vonatkozóan (Saha, Haq & Ahmed, 2023). Nemzetközi tanulmányok (például Helm, Kemper & White, 2021; Marks et al., 2021) egyértelműen arról számolnak be, hogy a megkérdezett fiatalok jelentős hányada aggódik a klímaváltozás miatt, többeknek a mindennapjait is befolyásoló negatív érzéseket okoz, szoronganak a jövőt illetően, és ez rányomja a bélyegét a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseikre is. Marks és munkatársainak 2021-es kutatásában tízezer, 16–25 év közötti fiatalok 40%-a habozik gyermeket vállalni a negatív kilátások miatt.

Hazai vonatkozásban kevés ismeretünk van még a klímaváltozás hatásait illetően. A UNICEF Magyarország felkérésére a *Publicus Research* (2022) készített reprezentatív felmérést 13–25 év közötti fiatalok klímaváltozással kapcsolatos vélekedéseiről. A 2007 válaszadó több mint kétharmada nagyon fontos témának véli a klímaválság kérdését, 36%-ot ez jobban foglalkoztat, mint a szegénység vagy a szomszédos országban zajló háború. 90%-uk úgy érzi, találkozott már a klímaváltozás jeleivel, és legalább ennyien szorongást élnék meg ezzel kapcsolatban. Arra a kérdésre, hogy befolyásolja-e a jövőbeli terveit a klímaválság, 88% válaszolt igennel. A gyermekvállalással kapcsolatban a válaszadók háromnegyede gondolta úgy, hogy az aggodalom negatív irányban befolyásolja döntését, legmagasabb arányban a 21–25 éves korosztály vélekedett erről így, közülük is leginkább a magasabban képzettek.

A legújabb, 2021-es Hungarostudy felmérésben klímaváltozásra vonatkozó kérdés is szerepelt, lehetőség volt több szempontból is megvizsgálni, hogy ez milyen módon és mennyire befolyásolja a magyar lakosságot. Hétezer 18 éven felüli személyt vizsgálva *Szabó és Balog (2022)* azt találta, hogy nagy fenyegetésként élik meg a klímaváltozást. A válaszadók 74,3%-a közepes vagy annál nagyobb veszélyként tekint a jelenségre, 28,6% pedig a leginkább ettől fél a felsoroltak (mint például világjárványok, élőhelyek eltűnése, környezetszennyezés) közül. A nemeket tekintve a nők aggódnak jobban, életkortól és végzettségtől függetlenül, a családi állapot szempontjából pedig az egyedülállók körében alacsonyabb a veszélyészlelés, mint a házások vagy a legmagasabb értéket elérő élettársi kapcsolatban élők között. Szignifikánsan nagyobb kockázatnak vélték a klímaváltozást azok is, akiknek gyermeke van, azokhoz képest, akiknek nincs.

A gyermekvállalási terveket a 18–40 év közötti korosztályban vizsgálta Kapdebo Ágnes munkatársaival (*Kapdebo, Papházi & Tárkányi, 2022*). Az adatfelvétel időszaka a pandémia idejére esett, ez lehetőséget adott arra, hogy megfigyeljék a járvány esetleges hatásait a reprodukciós szándékokra. Az eredmények a 2000 fős mintán azt mutatják, hogy ugyan a korábbi, 2013-as Hungarostudy eredményeihez képest a tervezett gyermekszám visszaesett valamelyest, de továbbra is többnyire kétgyermekes családmóddal gondolkodnak a megkérdezettek (66,4%-uk két gyermeket szeretne), a pandémia nem változtatott a terveken. A gyermeket nem tervezők aránya a fővárosban volt a legnagyobb amellet, hogy nagy többségük a gyermekes életformát tartja ideálisnak. A vallásosság szintje szoros pozitív kapcsolatban áll a megszületett gyermekek számával: minél inkább gyakorolja valaki a vallását, annál több gyermeke van. A gyermekvállalás előtti legfontosabb elérendő célkitűzésnek a megfelelő lakhatást, az anyagi stabilitást és harmadikként a megfelelő partnert jelölték. A szerzők kiemelik, hogy a gyermektelenek és az egygyermekesek esetében a felsoroltak mellett a „tervezhetőség” és a „biztos jövőkép” is számít.

A Covid-19-pandémia reprodukciós döntésekre gyakorolt hatását vizsgálta *Szalma és Takács (2022)*. Az interjúk vizsgálatban megjelent a jövőbeli bizonytalanságok kapcsán a klímaváltozás és a Föld túlnépesedése miatti aggodalom is. A megkérdezettek közül a húszas éveiben járók említették legtöbbször, és tették hozzá azt is, hogy gyermekvállalással kapcsolatos szándékaikat is befolyásolják. Eredményeik bizonyítják, „hogy nemcsak az aktuálisan megélt bizonytalanságok

– mint például a munkahely elvesztésétől való félelem – befolyásolhatják a gyermekvállalási terveket, hanem az is, hogy az egyének miként élik meg jövőbeli kilátásaikat” (Szalma & Takács, 2022, 105).

A KUTATÁS BEMUTATÁSA

A kutatás résztvevői Magyarországon élő, 18 és 45 év közötti, reprodukív korú személyek voltak. A felmérésre online került sor, a kérdéssor a megkérdezettekhez hólabda módszerrel, illetve a link megosztásával jutott el. A 205 fős minta nem volt reprezentatív. A kérdőíves eljárás során demográfiai kérdéseket, gyermekvállalással, klímaváltozással kapcsolatos kérdéseket tettünk fel a kitöltőknek.

A minta demográfiai jellemzői

A 205 válaszadó eloszlása a nemek tekintetében meglehetősen kiegyenlítetlen, a kérdőívet 176 nő (85,9%) és 27 férfi (13,2%) töltötte ki, 2 fő (1,0%) választotta a „Más” lehetőséget. Életkort tekintve a legfiatalabb kitöltő 18, a legidősebb 45 éves volt, átlagéletkoruk 30,8 év (SD = 6,79).

Az életkori adatok nemek szerinti bontásban az 1. táblázatban láthatók. A női és férfi válaszadók átlagéletkora nem különbözött szignifikánsan.

1. táblázat. Életkori adatok nemek szerinti csoportosításban

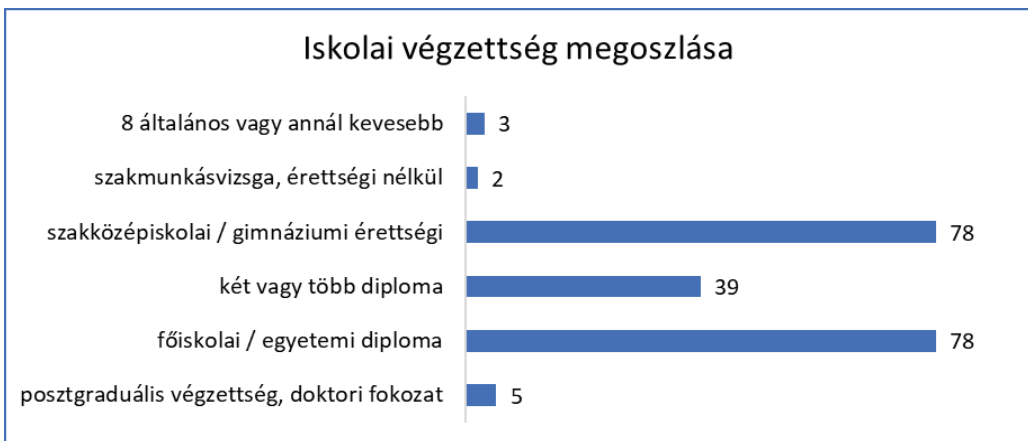
Nem	N	%	M	SD	Minimum	Maximum
Nő	176	85,9%	30,8	6,81	18	45
Férfi	27	13,2%	31,4	6,49	20	44
Más	2	0,9%	22,0	4,24	19	25
Összesen	205	100%	30,80	6,79	18	45

Lakóhely tekintetében nagyjából kiegyenlítetten minden településformát jelöltek a válaszadók (ld. 1. ábra).



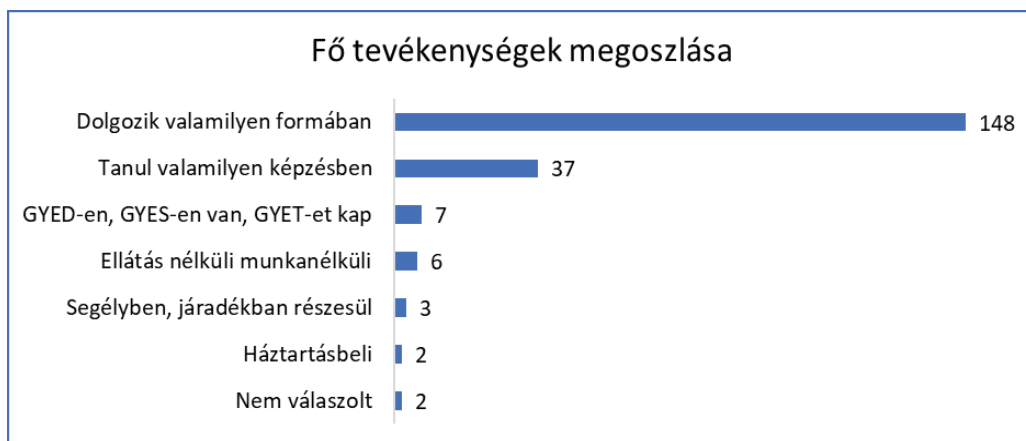
1. ábra. A minta lakóhelyek szerinti megoszlása

Ahogy a 2. ábrán látható, legmagasabb iskolai végzettségként a szakközépiskolai / gimnáziumi érettségit, valamint a főiskolai / egyetemi diplomát jelölték a legtöbben, mindkét esetben 78-an (38,0%).



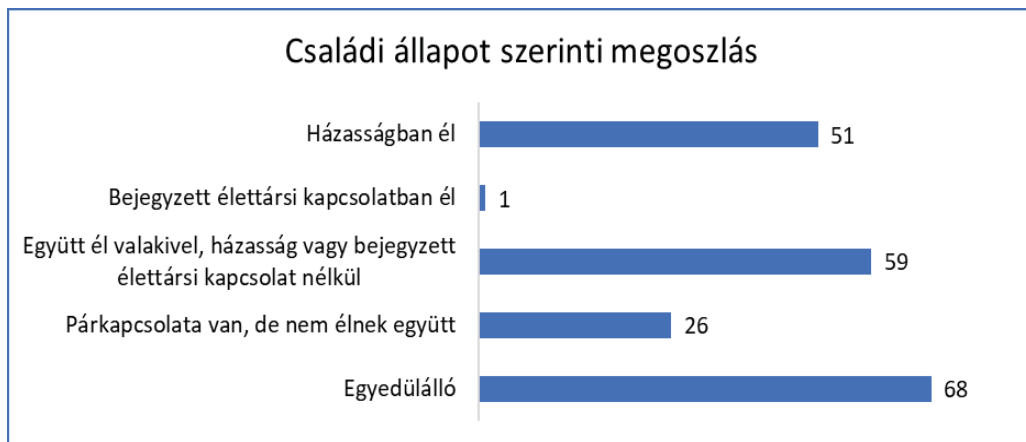
2. ábra. A kitöltők válaszainak megoszlása iskolai végzettség tekintetében

Fő tevékenységüket tekintve a legtöbb kitöltő dolgozik valamilyen formában, 148 fő (72,2%) jelölte ezt a lehetőséget (ld. 3. ábra).



3. ábra. A minta megoszlása fő tevékenységek szerint

A válaszadók családi állapotát tekintve 4 fő (2,0%) választotta az Egyéb kategóriát, szöveges válaszaik azonban lehetővé tették a többi kategóriába való besorolásukat. Így 66+2 fő (33,2%) egyedülálló, 57+2-en (28,8%) együtt él valakivel, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül, 51-en (24,9%) házasságban élnek, 26 főnek párkapcsolata van, de nem élnek együtt párjukkal, illetve 1 fő (0,5%) él bejegyzett élettársi kapcsolatban (ld. 4. ábra).



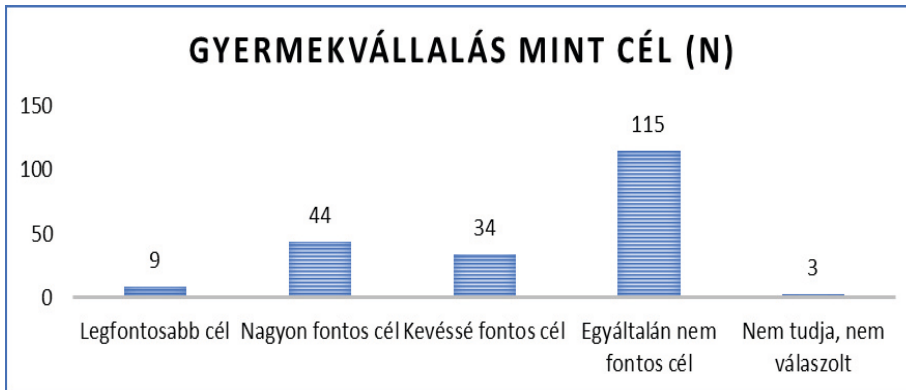
4. ábra. A minta megoszlása családi állapot szerint

Gyermeke a kérdőív kitöltésének idején 174 főnek (84,9%) nincs, 31 főnek (15,1%) van. Utóbbi csoportban legnagyobb arányban 17 főnek (54,8%) egy, 8 főnek (25,8%) két, 5 főnek (16,1%) három és 1 kitöltőnek (3,2%) négy gyermeke van.

Vallásosnak, hívőnek a megkérdezettek 24,9%-a, 51 fő vallja magát, 136 fő (66,3%) nemmel válaszolt, 18 fő (8,8%) pedig nem válaszolt.

EREDMÉNYEK

A gyermekvállalás mint cél fontosságára irányuló kérdésre a válaszadók közül 9-en (4,4%) válaszoltak úgy, hogy a legfontosabb, 44 fő (21,5%) számára nagyon fontos, 34-en (16,6%) kevésbé fontosnak, 115-en (56,1%) egyáltalán nem fontos célnak tartják. 3 személy (1,5%) nem tudta vagy nem válaszolt (ld. 5. ábra).



5. ábra. A gyermekvállalás mint cél fontossága

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire gondolja a klímaváltozást komoly problémának?”, a kitöltők 5-fokú skálán válaszolhattak. Döntő többség, 146 fő (71,2%) teljes mértékben komoly gondnak érzi, négyesre 42 személy (20,5%) értékelte. 11-en (5,4%) gondolták úgy, hogy hármaskomolyságú a probléma, míg 5-en (2,4%) úgy, hogy kettes, 1 személy (0,5%) szerint pedig egyáltalán nem jelent problémát (ld. 6. ábra).



6. ábra. A kitöltők válaszainak megoszlása a klímaváltozás komolyságáról

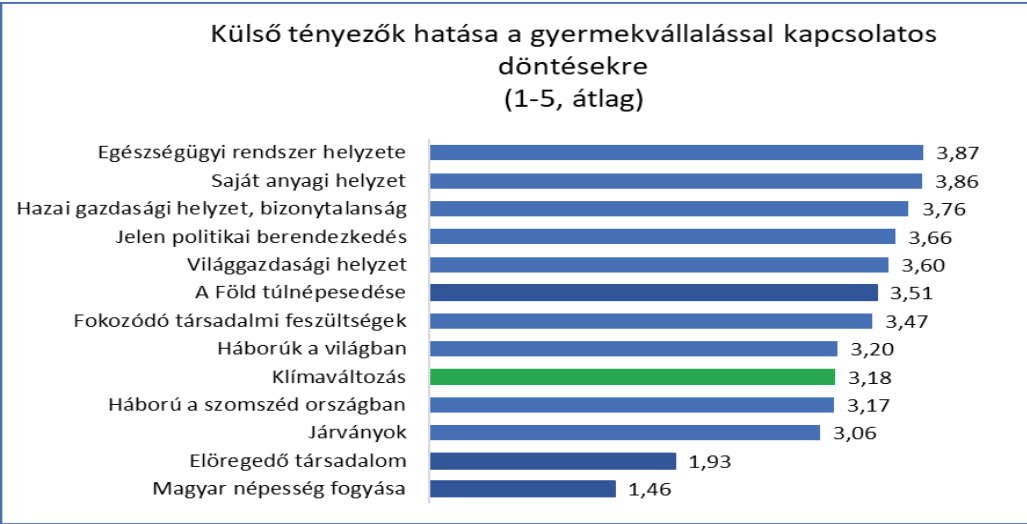
A 2. táblázatban látható, hogy a kitöltők kétharmada (135 fő) vélekedik úgy, hogy a klímaváltozás miatt biztosan jelentősen át kell alakítani a jelenlegi életmódját, negyedük (51 fő) szerint nagyon valószínű, hogy komoly változtatások kellenek.

2. táblázat. A klímaváltozás következtében megváltozó jövővel kapcsolatos kérdés értékelése
1-től 5-ig terjedő skálán

Mennyire tartja valószínűnek, hogy a következő 30 évben a klímaváltozás miatt jelentősen át kell alakítani a jelenlegi életmódunkat?

1=Egyáltalán nem valószínű	2	3	4	5=Nagyon valószínű
1 (0,5%)	5 (2,4%)	13 (6,3%)	51 (24,9%)	135 (65,9%)

A következő kérdésben külső tényezők kerültek felsorolásra, amelyek befolyásolhatják a gyermekvállalással kapcsolatos szándékokat. A válaszadók ötfokú skálán értékelték, hogy melyek azok, amelyek egyáltalán nem vagy akár teljes mértékben hatással vannak döntéseikre. A 7. ábrán látható, hogy a klímaváltozás 3,18-as átlaggal a 13 tényező közül a 9. helyen áll, a Föld túlnépesedése pedig a 6. helyen, ami külföldi és hazai kutatásokban is a klímaváltozással összefüggésben jelenik meg aggodalomként (Helm, Kemper & White, 2021; Szalma & Takács, 2022). Az első helyekre a jelent meghatározó tényezők kerültek.



7. ábra. Külső tényezők, melyek a gyermekvállalási szándékokra hatással lehetnek

A gyermekvállalást az egyéni preferenciákon vagy a megfelelő partner hiányán túl alapvetően befolyásolhatja az egzisztenciális biztonságérzet hiánya is. A mintában felsorolásra került külső tényezők közül az aktuális problémák – az egészségügyi rendszer helyzete, a gazdasági helyzet egyéni, országos és világ szinten – kapták a magasabb pontszámokat. Ez valamelyest összhangban van a 2021-es Hungarostudy eredményeivel, miszerint a gyermekvállaláshoz a válaszadók nagy többségének lényegi szempont a lakhatás és az anyagi feltételek megléte (*Kapdebo, Papházi & Tárkányi, 2022*). A COVID–19-pandémia idején készült interjúk kutatásban is alapvető fontosságú volt a válaszadók számára a megfelelő anyagi helyzet a gyermekvállalással kapcsolatos döntések meghozatalában (*Szalma & Takács, 2022*).

A klímaváltozás csak a 9. helyen szerepel, de az átlagpontszámokat tekintve meghatározó hatásnak bizonyul, ahogy a háborúk, a járványok vagy éppen a társadalmi feszültségek is. Figyelemre méltó adat, hogy a Föld túlnépesedése több hellyel előre került, befolyásoló hatással van a döntésekre, míg az előre-gedő társadalom problémája és a magyar népesség fogyása sokkal kevésbé. Az megállapítható, hogy a jelenben sürgetőbb, a jövőre nézve is kézzel foghatóbb hatással lévő dolgok kerültek tehát előre a rangsorban.

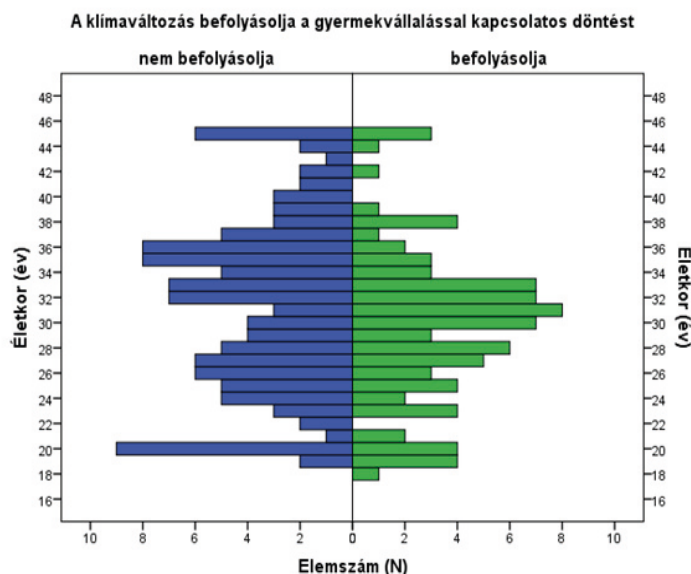
A klímaváltozás hatását illetően külön kérdést fogalmaztunk, hogy pontosabban látható legyen, milyen módon befolyásolja a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseket. 117-en (57,1%) válaszoltak úgy, hogy nem befolyásolja a döntésüket a gyermekvállalással kapcsolatosan a klímaváltozás, 12-en (5,9%) kevesebb gyermeket vállalnak, mint eredetileg terveztek, 52 fő (25,4%) pedig lemond a gyermekvállalásról emiatt. 11 személy (5,4%) örökbefogad vagy ilyen irányú tervei vannak (ld. 3. táblázat). A megkérdezettek közül tehát több mint harmadának döntésére hatással van a klímaváltozás, negyedük pedig le is mond a gyermekvállalásról.

Az Egyéb lehetőséget jelölők közül 11-nek a szöveges válasza alapján megállapítható volt, hogy befolyásolja őket a klímaváltozás, így összesen 86 főnek valamilyen módon befolyásolja szándékait a klímaváltozás.

3. táblázat. A klímaváltozás befolyása a gyermekvállalással kapcsolatos döntésre (%)

	N	%
Nem befolyásolja a döntést	117	57,1%
A klímaváltozás miatt kevesebb gyermeket vállal, mint amennyit szeretett volna	12	5,9%
A klímaváltozás miatt nem vállal gyermeket	52	25,4%
A klímaváltozás miatt saját gyermek vállalása helyett örökbe fogadott, örökbefogadáson gondolkodik / tervezi	11	5,4%
A klímaváltozás miatt nevelőszülőként vállal gyermeket	0	0,0%
Egyéb	13	6,3%

A kitöltők átlagos életkorát tekintve nem volt statisztikailag szignifikáns eltérés azok között, akiket nem befolyásol, illetve akiket valamilyen módon befolyásol a klímaváltozás a gyermekvállalással kapcsolatos döntéseiben: $t(201) = 1,695$, $p = 0,092$, $r = 0,119$ (kis hatáserő). A két csoport korfája a 8. ábrán látható.



8. ábra. A kitöltők korfája csoportonként

Bár mind az említett külföldi kutatásokban, mind Szalma és Takács (2022) interjúkutatásában a klímaváltozás miatti aggodalom inkább a fiatalabbakra volt jellemző, nem találtunk szignifikáns különbséget az életkorban. Nem volt hatással a nem, az iskolai végzettség és a vallásosság sem arra, hogy kit befolyásol és kit nem befo-

lyásol a klímaváltozás a gyermekvállalásban. Demográfiai tényezők közül a családi állapot ($\chi^2(4) = 10,822$; $p = 0,029$ Cramer-féle $V = 0,231$) tekintetében mutatkozott különbség. Leginkább azokat befolyásolja a klímaváltozás gyermekvállalással kapcsolatos döntéseiben, akik együtt élnek valakivel, de házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül (34 fő, 58,6%), a házasságban élők majdnem háromnegyede (35 fő, 70%) pedig nem gondolja, hogy a klímaváltozás hatással lenne reprodukciós szándékaira.

ÖSSZEGZÉS

Vizsgálatunk statisztikai eredményei a klímaváltozással kapcsolatos adatokat tekintve nagyrészt összhangban vannak a külföldi és hazai kutatásokkal. A válaszadók több mint 90%-a intenzíven megéli vagy nagyon aggasztónak érzi a klímaváltozást, és eléggé valószínűnek tartja, hogy emiatt jelentősen át kell alakítania életmódját a jövőben.

A gyermekvállalás önmagában is egy rendkívül összetett téma, a klímaváltozás pszichológiai következményei pedig újszerűségük miatt is sok-sok megválaszolatlan kérdést hordoznak magukban. Emellett vannak még a jövőt erősen befolyásoló események, melyek most szinte egyszerre terhelik a reprodukciós döntéshozatalt. A szándékokat formáló attitűdök és normarendszer lassú változása mellett a gyermekvállalás objektív körülményei sebesen alakulnak át (*Spéder, 2019*), ezek a külső tényezők pedig úgy tűnik, erőteljes hatással vannak a döntésekre, felülírják azokat.

A gyermekvállalást az egyéni preferenciákon vagy a megfelelő partner hiányán túl alapvetően befolyásolhatja az egzisztenciális biztonságérzet hiánya is. A külső tényezők besorolásán láthattuk, hogy a jelenben sürgetőbb, a jövőre nézve is kézzel foghatóbb hatással lévő dolgok kerültek tehát előre a rangsorban, de nem elhanyagolható mértékben vannak jelen a háborúk, a világgazdasági helyzet, a társadalmi feszültségek. Ahogy már kiemeltem, figyelemre méltó, hogy a Föld túlnépesedését lényegesen komolyabb problémának értékelik, mint a társadalom elöregedését.

Fontos lenne interjúk kutatások során fényt deríteni arra, hogy a gyermekvállalásról való lemondás mit is jelent valójában azok számára, akik ezt a döntést fontolgatják, egyszerű környezetbarát viselkedésnek tekinthető vagy hosszas vívódás előzi meg. Ha valaki a klímaváltozás miatt változtat reprodukciós szándék-

kain, az sokkal véglegesebb döntésnek tűnik, mert egy jövőbeni korlát áll elé a jelenben, ami nem elhárítható vagy nem oldódhat meg belátható időn belül, mint például a lakhatás vagy az anyagi helyzet.

IRODALOM

- Helm, S., Kemper, J. A. & White, S. L. (2021). No future, no kids—no kids, no future? *Population and Environment*, 43(1), 108–129. <https://doi.org/10.1007/s11111-021-00379-5>
- Iacovou, M. & Tavares, L. P. (2011). Yearning, Learning, and Conceding: Reasons Men and Women Change Their Childbearing Intentions. *Population and Development Review*, 37(1), 89–123. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00391.x>
- Kapdebo Á., Papházi T. & Tárkányi Á. (2022). Gyermekvállalási tervek a pandémia idején Magyarországon. *Aranypapzs*, 1(1), 39–51. <https://doi.org/10.56077/ap.2022.1.5>
- Kis A. (2018). Az önkéntes gyermektelenség pszichológiája: Szakirodalmi áttekintés. [Psychology of voluntary childlessness: Literature review.] *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4), 599–641. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.4.4>
- Kiss-Kozma G. & Székely L. (2022). Fő a család! – Európai összehasonlítás közös értékeinkről. *Kapocs*, 3(4), 5–12. http://epa.oszk.hu/02900/02943/00090/pdf/EPA02943_kapocs_2022_3-4_005-012.pdf. (Utolsó megtekintés: 2023. november 5.)
- KSH (2022). *Élveszületések és teljes termékenységi arányszám*. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0006.html (Utolsó megtekintés: 2023. november 15.)
- Marks, E., Hickman, C., Pihkala, P. P., Clayton, S., Lewandowski, E., Mayall, E. E., Wray, B., Mellor, C. & Van Susteren, L. (2021). Young People’s Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon. *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3918955>
- Publicus Research (2022). *Felmérés a fiatalok klímavédő hozzáállásáról*. https://unicef.hu/wp-content/uploads/2022/07/unicef_publicus_orszagos_2022_junius_klimavalsag_kutatas_javitott.pdf (Utolsó megtekintés: 2023. február 11.)
- Saha, B., Haq, S. M. A. & Ahmed, K. J. (2023). The links between environmental issues and childbearing behaviour: A review of literature. *SN Social Sciences*, 3(1). <https://doi.org/10.1007/s43545-023-00615-9>
- Schneider-Mayerson, M. & Leong, K. (2020). Eco-reproductive concerns in the age of climate change. *Climatic Change*, 163(2), 1007–1023. <https://doi.org/10.1007/s10584-020-02923-y>
- Spéder Zs. (2019). *A hazai termékenységi magatartás nemzetközi összehasonlításban*. Akadémiai doktori értekezés. Budapest. http://real-d.mtak.hu/1181/7/dc_1621_18_doktori_mu.pdf (Utolsó megtekintés: 2023. november 5.)
- Szabó Z. & Balog P. (2022). A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a mentális egészségi állapot összefüggései. In Engler Á., Purebl Gy., Susánszky É. & Székely A. (szerk.)

Magyar Lelkiállapot 2021. Család – egészség – közösség (pp. 451–470). Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, Budapest.

Szalma I. & Takács J. (2016). Gyermektelenség Magyarországon. Mítoszok és kutatási eredmények. *Magyar Tudomány*, 177(2), 159–167.

Szalma I. & Takács J. (2022). Hogyan hatott a COVID-19 pandémia a reprodukciós döntésekre Magyarországon? *Szociológiai Szemle*, 32(3), 84–112. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2022.3.4>

MEDDŐ PÁROK KÍSÉRÉSE

Szekcióvezetők

ASZTALOS DÁNIEL és TRIPISKA JULIANNA

ELHANGZOTT ELŐADÁSOK

KÉPESNÉ SINKA SZILVIA

Hogy szól a TE történeted?

ASZTALOS DÁNIEL

**A párterapeuták férfi-női szerepei
régebb óta gyermekre vágó párokkal végzett munkában**

Meddő párok kísérése

Szekcióbeszámoló

Szekciónkban Képesné Sinka Szilvia Viktória, valamint Asztalos Dániel előadása hangzott el.

Képesné Sinka Szilvia *Hogy szól a TE történeted?* c. előadásában az „úton lét” nehézségeinek vonatkozásában szólította meg a résztvevőket, a narratív pszichológia megközelítési módját hangsúlyozva a nehezített gyermekvállalás kapcsán. A történeti elbeszélés lelki tartalmakat hordozó komplexum, összefüggéseket és jellemzőket tár fel az elbeszélő pszichés állapotáról, társas alkalmazkodásáról, a világhoz való viszonyáról és az élettörténeteken keresztül az önmaga által megformálódott és személyiségfejlődésen áteső identitásáról. Pennebaker idézve, úgy fogalmazott, hogy az írás gyógyító erejét tárja fel. Diákokat arra kértek, írják le életük legnagyobb traumatikus eseményét, majd az írókat összehasonlították másokkal. Kiderült, hogy immunaktivitásuk javult a nem írókhoz képest. Amikor tovább követték ezeket a fiatalokat, kiderült, hogy a későbbiekben sokkal ritkábban keresték fel az egyetem egészségügyi központját, mint korábban. A „gyógyító írás” ettől kezdve bontakozott ki kutatási irányzatként. Pennebaker kezdeti feltevése az volt, hogy a „hallgatás”, vagyis a trauma, fájdalom megtartása, ki nem beszélése egyfajta testi-lelki gátlást eredményezhet. A ma érvényben lévő magyarázóelv szerint az írás hatása abból ered, hogy az emberek nyelvileg fogalmazzák meg érzéseiket, gondolataikat.

Campbell a világ minden részéről származó történetet/mítoszt/mesét gyűjtött, majd ezek alapján összeállította az emberi történetek szerkezetét. „A Hős útja” egy archetipikus történetminta, amelyet Joseph Campbell dolgozott ki. „Mindannyian hősök vagyunk a magunk életében. Abban válunk szakértővé, amit magunknak is meg kellett tanulnunk.”

A hős utazása azzal kezdődik, hogy nyugodtan éli mindennapjait – ám valami történik, és egy kihívással kell szembenéznie. Egy darabig ellenáll, de végül szembe kell néznie a kihívással, akadályokat kell leküzdenie, szövetségeseket

kell találnia. Mindezek hatására átalakul, érettebb emberként tér vissza az életében – immáron tudatában saját képességeinek és céljainak.

„Csak akkor találjuk meg az élet kincseit, ha leereszkedünk a szakadék legmélyére. Ahol összerogysz, ott lapul a kincs. Amit keresel, az éppen abban a barlangban rejlik, ahová félsz belépni” – írja Joseph Campbell *Az ezerarcú hős* című könyvében.

Ez rávilágít a kollektív emberi tapasztalatra: miszerint nem a siker-kudarck dimenziójának mentén történik az életünk, hanem egy tanulási kört követünk, ahol „hősként”, emberként, mindannyian tartunk éppen valahol. Az előadás arra világított rá, hogy a hős útja, „*egyéni*” története (helyett) legyen a „*MI*” utunk, a mi történetünk, hiszen az út, a gyermekekre vágyás útja egy folyamat, amin szerencsés, ha együtt tud haladni a házaspár, hiszen ez közös nehézségük.

Asztalos Dániel *A párterapeuták férfi-női szerepei régebb óta gyermekekre vágyó párokkal végzett munkában* című előadásában ismertette az Anna-Joachim-program párkonzultációs centrumának kereteit és tapasztalatait. A nehezített gyermekvállalás témakörében ötalkalmas párkonzultációt tudnak felkínálni érintett házaspároknak. A centrum elsődleges célja az izoláció megszüntetése a párok egyensúlyi állapotának és mentálhigiénés jóllétüknek az elősegítése.

A kooterápiában megjelenő férfi-női mintáról alkotott tapasztalatuk alapján úgy vélik, hogy a kialakult egyensúlytalansági állapotot – amelyben a férfiak sokszor a „pálya szélére szorulnak” – lehet kompenzálni a férfi-női kettős vezetéssel, illetve a férfi-női meddség témakörében facilitálni a feleket, és elősegíteni mindkét fél számára az önfeltárást. A szakemberek úgy vélik, hogy ebben a speciális helyzetben egy ilyen kooterápiás munka hozzájárulhat az intézmény által kitűzött célok megvalósításához.

Összességében mindkét előadás tartalmas és érdekfeszítő volt, amelyben olyan aktuális témákat boncolgattak az előadók, amelyek különböző szempontok szerint járulhatnak hozzá a régebb óta gyermekekre váró házaspárok egyéni és/vagy párkapcsolati jóllétéhez.

A szekcióban elhangzott előadások közül Asztalos Dániel *A párterapeuták férfi-női szerepei régebb óta gyermekekre vágyó párokkal végzett munkában* c. előadásának írott változata kötetünkben olvasható.

A párterapeuták férfi-női szerepei régebb óta gyermekre vágyó párokkal végzett munkában

I. A KÉSLEKEDŐ GYERMEKÁLDÁS HATÁSAI AZ EGYÉNRE ÉS A PÁRRA

Előadásunkban az Anna–Joachim-program párkonzultációs centrumának működését mutattuk be kolléganőmmel, Tripiska Juliannával. Személyes tapasztalatainkat osztottuk meg a férfi és női terapeuta általi kísérés témaspecifikus folyamatával kapcsolatban, hogy mit tapasztalunk és gondolunk fontosnak abból, hogy egy terapeuta nő és egy terapeuta férfi vezeti a párkonzultációs folyamatot.

Olyan házaspárokkal dolgozunk, akik orvosi értelemben megkapták a „meddőség pecsétjét”: a pár férfi vagy nő tagja – vagy esetenként mindketten – az egyik legnehezebb diagnózissal szembesül, mégpedig azzal, hogy alkalmatlannak bizonyulhatnak a termékenységre, vagy „jobb esetben” az orvosok a jelen pillanatban még nem találják az okát a terméketlenségnek.

A kutatások alátámasztják, hogy a késlekedő gyermekáldás az egyén szintjén is negatív következményeket produkálhat, depresszió, szorongás, düh, szégyen, identitásválság formájában, ugyanakkor kihathat a párkapcsolati szintre is: szexuális problémák jelentkezhetnek, illetve a pár önértelmezése újradefiniálásra szorul (*Szigeti F., 2020*).

II. KÜLÖNBSÉGEK FÉRFIAK ÉS NŐK KÖZÖTT A MEGKÜZDÉSBEN

Programunk küldetésének tartja a férfiak megszólítását is a késlekedő gyermekáldás problémakörében. A tapasztalatok azt mutatják, hogy egyensúlyeltolódás szokott kialakulni férfiak és nők között a tekintetben, hogy a pár tagjai mennyi időt, energiát szentelnek a témának, ami rendszerint feszültség forrása a házas-

társi alrendszer működésében. Sokszor úgy tűnik számunkra, hogy a nők az idő előrehaladtával, valamint az újabb és újabb sikertelen próbálkozások következtében fokozódó szorongást vagy stresszt élnek át. Biológiai értelemben a petesejtek számának véges volta „Damoklész kardjaként lebeg” felettük, miközben a vágyott gyermek meg nem foganása egyre erőteljesebb súlyként nehezedik rájuk. A felfokozott stressz állapotában többen beszámoltak arról, hogy hétköznapijaikban egyre inkább beszűkülnek a termékenység témakörére, egyre több online csoportba regisztrálnak, böngészik a lehetőségeket, igyekeznek tájékozódni a sorstársaiktól, végigveszik az összes reprodukciós eljárás lehetőségét, de ezt már a párjaikkal nem tudják megosztani, mert a férfiak rendre lemaradnak a tájékozódásban, és nemegyszer elárasztónak érzékelik azt az információmennyiséget, amit a feleségek az interneten kikutattak és megosztani szeretnének. A férfiakban is megemelkedhet a stressz-szint, hiszen növekszik a tehetetlenség érzése részükről, egyre kevésbé tudják feleségeiket „kihúzni” a beszűkültség állapotából, és egyre kevésbé tudnak érzelmileg megtartó erőként feleségeik mellett lenni, vagy egyáltalán nyugtatóan hatni rájuk, amiben megélhetik alkalmatlanság érzésüket is. Úgy érezhetik, hogy a bajban már nem tudják megvigasztalni, megnyugtatóni párjukat, így nemcsak a terméketlenség kérdésével, hanem a párkapcsolati tehetetlenségükkel is szembe kell nézniük. Rendszerszinten gondolkodva a felek a kölcsönös meg nem értettség és alkalmatlanság érzéséből fakadó reményvesztettség állapotába kerülhetnek, amely belső összezavarodáshoz és még erőteljesebb frusztrálódáshoz vezethet. A rendszer belső erői ennek következtében nem egymás támogatására, hanem az egymástól való eltávolodásra készíti a feleket, amely vagy belső harcokban, vagy akár a válás gondolatában is testet ölthet. Sokakban merülhet fel joggal a kérdés: mi lehetne az ideális megoldás a késlekedő gyermekáldással küzdő párok számára.

III. A RENDSZERSZEMLELETŰ MEGKÖZELÍTÉS CÉLJAI

A rendszerszemléletű párterápia elsősorban nem a tünetek megszüntetésében érdekelt, hanem a tünetek mögött megbújó belső indítékok és változások okainak feltárásában, valamint az új, élhető egyensúly kialakításában. Mi következik ebből?

Az érintett párok helyzete valójában egy akár hosszú ideig elnyúló krízisállapot, amelyben a reménykedés és a kudarc érzéseinek menetrendszerű változása olyan űrt képez a felekben, amely önmagában is súlyos egzisztenciális kérdésekkel állíthatja szembe az egyént, és identitásválsággal a párkapcsolatot.

Számos kérdés merülhet fel: mi van, ha „én miattam” nem lehet gyermekünk, mi van, ha sohasem lehetek „vér szerinti” anya vagy apa? Mi az életem célja, ha nincsenek gyermekeim, mit fognak rólam mondani a rokonaim, barátaim? Miért „büntet”/„engedi” Isten? Új stigmatizáló képek épülhetnek be az énképükbe: a gyermektelen férj/feleség szerepét kell integrálni a saját magukról alkotott reprezentációkba.

Olyan egzisztenciális kérdések ezek, amelyekre senkinek sincsenek kész válaszai, viszont az új egyensúly kialakításához – vagyis a krízisre adott pozitív válaszhoz – meglehetősen sok erőre van szükség egyéni szinten, eközben várhatóan kevesebb erő és idő marad a házastársi alrendszerben a kezdeményezett és megélt intimitásra, gyöngédségre és figyelemre.

Miközben tünetként kommunikációs problémára, elhidegülésre, egyre intenzívebb veszekedésekre, meg nem értettségre hivatkozik a legtöbb pár, aközben láthatjuk, hogy a mélyben súlyos egzisztenciális és párkapcsolati krízis húzódhat meg. A nehezített gyermekáldás kontextusában a rendszerszemléletű családterápia a tagok erőforrásainak mozgósításában és a kölcsönös érzelmi ráhangolódásban tudja facilitálni a feleket, vagyis a meg nem fogant élet hiányából fakadó veszteségélményből eredő fájdalmat, stresszt, beszűkült állapotot a házastársak egymás érzelmi igényeinek feltárásával, elfogadásával és a hiteles együttérzés kialakításával lesznek képesek kezelni. Eközben megélhetik autonómiájukat és kompetenciájukat, hiszen megtapasztalhatják azt, hogy annak ellenére, hogy sok terület esik a hatókörükön túlra, vannak mégis olyan lehetőségek, amelyeket a kezükbe vehetnek és csökkenthetik fájdalmaikat, elmélyíthetik a kölcsönösség, az együttérzés élményét és mélyebb szinten élhetik át a kötődés valóságát.

A férfiak megszólítása éppen ezért kerül előtérbe kezdeményezésünkben, hiszen a rendszerszemléletet szem előtt tartva a már kialakult egyensúlytalansági állapotra szeretnénk választ adni akképpen, hogy a férfiakat is meghívjuk programunkba. Ez a törekvés az egyik oka annak, hogy párkonzultációnkon egy nő és egy férfi szakember is részt vesz. Úgy tűnik továbbá, hogy a termékenység kérdések olyan kényesebbnek nevezhető témákat hozhatnak előtérbe, amit talán egy azonos nemű szakemberrel könnyebben meg tudnak osztani a felek. A férfiak például nehezebben és nagyon ritkán beszélnek arról, ha a terméketlenségben

érintettek, ha a hímivarsejtjeik már nem elégségesek a megtermékenyítéshez, vagy a szexuális teljesítményükkel gondok adódnak, miközben a nők is könnyebben tudnak beszélni a nőgyógyászati érintettségeikről egy terapeuta nő jelenlétében.

IV. KUTATÁSOK A KOOTERÁPIÁRÓL

A családterápiás hagyományban a Milánói iskolához, Whitaker, valamint Napier és De Luca nevéhez fűződik a kooterápiás gyakorlat. De Luca és társai négy lehetséges előnyt vázolnak fel: több erőforrást lehet bevonni a terápiába, megoszlik a felelősség a terapeuták között, a terapeutatársak interakciói mintaként szolgálhatnak a velük szemben ülő pár számára, illetve nagyobb biztonságot nyújthat a kliensekben két szakember jelenléte (*Hendrix, Fournier & Briggs, 2001*).

Ugyanakkor a személyes megfontolásokon, valamint a családterápiás hagyományon túl szerettem volna szemügyre venni, hogy mit mondanak a kvantitatív, illetve a kvalitatív kutatások a kooterápiás vezetésről, valamint a férfi-női páros vezetésének hatékonyságáról. Több kutatás is arról számol be, hogy hatékonyságában valószínűleg nincs számottevő különbség, ha egyéni vagy páros vezetés mellett vesznek részt a terápián a kliensek (*Mehlman, Baucom & Anderson, 1983; Youngberg & Ward, 2018*).

Az alábbiakban Charles C. Hendrix, David G. Fournier és Kathleen Briggs 2001-es kutatását foglalom össze, akik a páros vezetés hatékonyságát vizsgálták az egyéni vezetéssel szemben. A kutatás 33 képzésben lévő szakembert, 3 szupervízort és 402 párt vont be a vizsgálatba, egy klinikai képzés részeként, amelyben mind kvantitatív, mind kvalitatív eszközökkel igyekeztek mérni a terápiás hatékonyságot. A kutatás két kérdésre fókuszált: befolyásolják-e a különböző kooterápiás párosítások a terápia kimenetelét?, illetve lehetséges-e a kooterápiás munka a képzési folyamatban? A kutatás azt mutatta ki, hogy a kooterápiás gyakorlat legalább olyan hatékony lehet, mint az egyéni vezetés, és néhány esetben akár még hatékonyabbnak is mutatkozott.

Az Anna–Joachim-program számára azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az eleve egyensúlytalan állapottal szemben a férfi-női vezetésből éppenséggel profitálhatnak a párok, hiszen egyrészt legalább annyira hatékony, mint az egyéni vezetés, másrészt, a férfi-női minta csak gazdagíthatja az üléseket.

TOVÁBBI KUTATÁSI JAVASLAT

A kooterápiás esetvezetésnek komoly hagyománya van a szakmán belül, illetve hazánkban is nagy népszerűségnek örvendő gyakorlatnak mondható, ugyanakkor általánosságban még nem nyert bizonyítást, hogy az előzetes megfontolások valóban alátámaszthatóak. Ettől függetlenül a késlekedő gyermekáldás speciális kérdésköre olyan szempontokat és hipotéziseket vet föl, amelyek megfontolásra és további kutatásra szorulnának, hiszen a saját tapasztalataink alapján úgy látjuk, hogy eleve már egyensúlyeltolódás észlelhető a termékenység kérdéskörében a párok között, ráadásul az érintettségről rendkívül nehéz beszélniük a feleknek, így a férfi-női vezetés megkönnyítheti az érzelmi feloldódás és a bizalomépítés folyamatát, amely a párok szempontjából is kardinális kérdéssé válik.

IRODALOM

- Hendrix, C. C., Fournier, D. G. & Briggs, K. (2001). Impact of co-therapy teams on client outcomes and therapist training in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 23(1), 63–82.
- Mehlman, S. K., Baucom, D. H. & Anderson, D. (1983). Effectiveness of cotherapists versus single therapists and immediate versus delayed treatment in behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 258.
- Szigeti F. J. (2020). A termékenység nehézségek modern pszichológiai szemlélete. Értelmezési és segítségnyújtási lehetőségek. In Molnár K. és Mándli N. (szerk.) *A hiány transzformációi* (pp.11–30). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác.
- Youngberg, S. B. & Ward, D. B. (2018). The Effectiveness of Co-therapy Teams: Does the Therapist's Gender Matter? *Journal of Systemic Therapies*, 37(3), 61–73.

CIKLUSKÖVETÉSI MÓDSZEREK

Esetbemutató és jó gyakorlatok

Szekcióvezető

M. DR. DULÁCSKA CSILLA

ELHANGZOTT ELŐADÁSOK

KISSNÉ VARGA ERZSÉBET és DR. NAGY BEÁTA MAGDA

**Reproduktív egészség és termékenységi ismeretek
a 18 és 25 év közötti fiatalok körében**

DR. MÁRKUS BERNADETT és DEÁK ESZTER

Ciklus Csoda

Test- és termékenységtudatossági oktatási program

SCHAFFLER ORSOLYA

Cikluskövetési módszerek és jó gyakorlatok

M. DR. DULÁCSKA CSILLA

Cikluskövetési módszerek – Esetbemutató és jó gyakorlatok

Szekcióbeszámoló

A konferencia *Cikluskövetési módszerek – Esetbemutató és jó gyakorlatok* címet viselő szekciójában a női ciklus működésével kapcsolatos három különböző terület került előtérbe: a fiatal felnőttek egészség- és termékenységtudatossága, egy ezt támogató helyi jó gyakorlat megismerése, illetve ezt a tudatosságot társadalmi szinten támogató és folyamatosan bővülő rendszer bemutatása.

A szekció első előadását dr. Nagy Beáta Magda tartotta, aki Kissné Varga Erzsébettel közösen végzett kutatásuk eredményeit mutatta be a hallgatóságnak. A Reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzés végzős hallgatója azt vizsgálta, hogy a 18–25 éves korosztály mennyire készül tudatosan, illetve készül-e egyáltalán a családalapításra, és milyen ismeretei vannak a termékenységgel kapcsolatban.

Korábbi, egyetemisták körében végzett kutatás eredményeiből kiderült, hogy a gyermekvállalási tervekben alapszempont a megfelelő stádiumban lévő párkapcsolat, az anyagi és a munkahelyzet. Ugyanakkor meglepő módon a biológiai korlátok szempontként alig jelentkeztek az interjúk során. Ha felmerültek, csak ahhoz kapcsolódtak, hogy bizonyos kor felett nő az esély, hogy nem lesz egészséges a gyermek, szülési komplikációk lehetnek – ahhoz nem, hogy a korral akár jelentősen csökkenhet a teherbe esés esélye. Gyakori hiedelem, hogyha egy nő mentálisan egészséges, jó erőnlétben van, sportol és egészségesen étkezik, úgy a termékenysége kisebb mértékben vagy akár egyáltalán nem csökken, és legalább 50 éves korig kitolható a többé-kevésbé biztos teherbe esés.

A bemutatott jelen kutatásban az online kérdőíveket önkéntesen jelentkező, 18. életévüket betöltött fiatal felnőttek töltötték ki.

A megkérdezettek több mint 60%-ának fontos életcél volt a szülővé válás és hasonló arányban szeretnének 26–30 éves korukban szülővé válni. Kiemelkedően sokan – több mint 40% – mondták, hogy az életükben jelen lévő stressz

megnehezítheti a majdani gyermekvállalási esélyüket. Foglalkoztatja őket a gondolat, hogy meddőségi, nehezített termékenységi problémáik lehetnek a jövőben.

Ugyanakkor a reprodukciós esélyekkel kapcsolatban fontos hiányosságokra derült fény a válaszolók körében. Külön kiemelendő, hogy több mint 70% gondolta azt, hogy az egészséges életmód önmagában biztosítja az egészséges termékenységet, és több mint 50% nem tudta, hogy 35 éves kor felett milyen meredeken csökken a termékenység.

A kutatási eredmények bemutatása során újra meg újra élénk eszmecsere bontakozott ki a hallgatóság körében, illetve az előadókkal. Megdöbbenő volt, hogy ha ilyen hiányosságok vannak az egyetemista korosztálynak a reprodukív egészséggel kapcsolatos ismereteiben, akkor e vonatkozásban milyen lehet a kevésbé képzett fiatalok tudásszintje?

Annak kapcsán is vita alakult ki, hogy miközben a válaszolók több mint fele azt gondolja, hogy minden védekezés nélküli közös együttlét után teherbe lehet esni, ugyanakkor több mint egyharmaduk azt mondta, hogy ismeri és alkalmazza a cikluskövetés módszerét. Mivel az első állítás nem felel meg a valóságnak, a cikluskövetés ismerete pedig feltételezi a reprodukív működés ismeretét, ezért feltehető, hogy a válaszolók vagy legalábbis jelentős részük valójában csak vérzésekövetésre gondolt a kérdés hallatán.

Ezt támasztja alá az is, hogy más felmérések szerint a cikluskövetés ismerete alacsony a népesség körében. A szekció résztvevői között megfogalmazódott, hogy éppen ezért nagyon fontos lenne a társadalomban a reprodukív működéssel kapcsolatos ismeretek és a reprodukív egészségtudatosság minél szélesebb körben való elterjesztése.

Erre mutatott jó gyakorlatot a második előadás, melynek során Deák Eszter bemutatta, hogy dr. Márkus Bernadettel milyen jó gyakorlatot építettek ki a debreceni Szent II. János Pál pápa Intézetben. A saját kezdeményezésükkel megalakult Egyesületben 2019 óta dolgoznak a családok, a házasság intézménye és az élet védelme érdekében.

Ennek keretében a test- és termékenytudatosság oktatással foglalkozó Ciklus Cso- da munkacsoportjuk célja, hogy nemzetközileg elismert, tudományosan megalapozott cikluskövetési módszereket – a Billings Ovulációs, a Creighton- és a FEMM Health Módszer – megismertessen az ország keleti régiójában élő emberekkel.

Az előadás során végigkövethettük, hogy két elhivatott, lelkes ember munkája nyomán hogyan épül fel egy olyan központ, ahol ezeket a módszereket a pubertáskortól a változó korig bárki elsajátíthatja és alkalmazhatja a termékeny életszakaszában. Ezek a módszerek lehetővé teszik a házaspárok számára a tudatos és felelősségteljes családtervezést, egyben alkalmazásukkal sokkal hamarabb fény derülhet olyan esetleges egészségügyi problémákra, amelyek akadályozhatják a gyermekvállalás megvalósulását.

Az előadás közben és után több kérdés és felvetés hangzott el azzal kapcsolatban, milyen fontos lenne és hogyan lehetne már a kamaszlányoknál megalapozni a cikluskövetést és termékenységtudatosságot (4 évszak hercegnője, Ciklus-show, TeenStar, TeenFEMM programok).

A harmadik előadásban Schaffler Orsolya azt mutatta be, hogy milyen előnyei vannak a cikluskövetésnek, és hogyan kezd lassan kialakulni Magyarországon egy olyan oktatói és orvosi háttér, amely a termékenységtudatosság megismertetését és a fogamzási nehézségek természetes úton való elhárítását célozza.

Az előadó, aki a Katolikus Szeretetszolgálat Természetes Gyermekáldás projektjének szakmai vezetője, felvázolta a Magyarországon elérhető, személyes oktatással tanulható cikluskövetési módszerek (Billings, Creighton, FEMM Health és Sensiplan) legfontosabb ismérveit.

A menstruációs ciklus során zajló belső, hormonális változások jellemző testi jelekkel, ún. termékenységi jelekkel járnak együtt. A cikluskövetési módszerek alkalmazása során ezek a jelek, „biomarkerek” megfigyelhetők, értékelhetők, és ezzel egy nő nyomon tudja követni, mi is történik éppen a ciklusában. Segítségükkel fontos és valós információkat kaphat(na) a hormonális egészségéről. Ezek az információk akár már azelőtt is jelezhetik az orvosi kivizsgálás szükségességét, hogy valaki elkezdené fontolgatni a családtervezést vagy betegsége utaló fizikai tünetei lennének.

A projekt során már több mint 80 oktató képződött ki. Nagyobb részük már el is kezdte a cikluskövetés oktatását. Az oktatók elérhetősége megtalálható a cikluskovetes.hu honlapon, területi és módszer szerinti bontásban. Az oktatók szakmai továbbfejlődését évente megrendezett szakmai napok biztosítják, ahol a tapasztalatcsere mellett szakmai előadásokat is hallhatnak a cikluskövetéssel és a reprodukzív működéssel kapcsolatos új eredményeket illetően, továbbá a témában magasan képzett nőgyógyász és endokrinológus szakorvosok válaszolnak a cikluskövetés-oktatók praxis során felmerült kérdéseire.

Az oktatók képzése mellett nőgyógyász- és endokrinológus-továbbképzések is zajlottak az elmúlt években külföldi szakemberek segítségével. A honlapon azok az orvosok is fel vannak tüntetve, akik felismerik és elismerik a ciklustáblázatok értékét, jelentőségét. Tisztában vannak a cikluskövetés alapjaival és részt vettek olyan orvosi képzéseken (NaProTechologia, FEMM Health, NeoFertility), melyek a ciklustáblázatot diagnosztikai eszközként is kezelik.

Külön örömhír, hogy Budapesten már két egészségügyi intézményben is elfogadják/elvárják a nők által készített ciklustáblázatot és olyan orvosok is ellátják a pácienseket, akik a táblázat diagnosztikai szerepét nagyra értékelik, ezek a Semmelweis Egyetem Rekonstruktív Reproductív Medicina Centruma és a Budai Irgalmasrendi Kórház égisze alatt működő Keresztény Családi Centrum.

A szekcióban elhangzott előadások során komplex kép bontakozott ki arról, hogy a gyermekvállalási terveik mellett/ellenére milyen alapvető hiányosságok vannak a fiatal felnőttek reprodukív egészséggel és termékenységgel kapcsolatos tudásában. Ugyanakkor biztató volt látni, hogy civil és egyházi kezdeményezések nyomán milyen fontos lépések történnek azért, hogy ez az elszomorító helyzet – amely hatással van a magas hazai meddőségi arányszámokra is – megváltozzon.

A szekcióban elhangzott előadások közül Kissné Varga Erzsébet és dr. Nagy Beáta Magda *Reprodukív egészség és termékenységi ismeretek a 18 és 25 év közötti fiatalok körében* c. előadásának írott változata kötetünkben olvasható.

Reproduktív egészség és termékenységi ismeretek a 18 és 25 év közötti fiatalok körében

Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy a 18–25 éves korosztályt mennyire foglalkoztatja a családalapítás kérdése és a reproduktív egészségük, valamint, hogy milyen ismereteik vannak a témában.

A reproduktív egészség megőrzése és erősítése elengedhetetlen a meddőségi élethelyzet elkerüléséhez. A nehezített termékenység napjainkban egyre több párt érint, és így mind többen kérnek segítséget – többek között saját eszköztelenségük miatt is – a várva várt gyermek érkezéséhez. A meddőség azonban nemcsak az egyének, családok életét nehezíti meg, hanem társadalmi szinten is egyre nagyobb és egyre nehezebben megoldható problémákat idéz elő. Éppen ezért kiemelt jelentőségű az, hogy a gyermekvállalás előtt álló fiatalok tisztában legyenek a reprodukció biológiai alapjai mellett annak pszichológiai, párkapcsolati, a fizikai és mentális egészséget érintő vonatkozásaival, a rizikó- és preventív tényezőkkel, valamint általában véve a reprodukciós egészségük védelmének fontosságával és lehetséges eszközeivel is.

MAGYARORSZÁG TERMÉKENYSÉGE SZÁMOKBAN

Köztudott tény, hogy Magyarország népessége folyamatosan csökken. Míg az 1980-as években a népességszám tízmillió fő fölött volt, 2022. október 1-jére 9 603 634 főre apadt, ami azt is jelenti, hogy az előző, 2011-ben tartott népszámlálás óta a népességszám 334 ezer fővel csökkent. Az élvészületek száma is hasonlóképpen alakul: 1980 és 2022 között 148 673-ról 88 491-re esett vissza a mutató (Központi Statisztikai Hivatal [KSH])¹. A teljes termékenységi arányszám (TTA) Magyarországon 2023-ban 1,52, vagyis nemcsak hogy a népesség száma nem nő (amihez minimum 2,1-es arányszám kellene), de a népesség önmagát

¹ <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/eredmenyek/vegleges-adatok/kiadvany/> (Utolsó megtekintés: 2023. október 28.)

pótolni sem képes (amihez a termékenységi arányszámnak minimum 2-nek kellene lennie). Az elmúlt 60 évben négy év kivételével a termékenység mindvégig elmaradt a népesség utánpótlását biztosító átlagos gyermekszámtól (KSH)².

A termékenységi arányszám csökkenésével párhuzamosan nő a meddőségi problémák száma, ami újabb terhet ró mind az egyénekre, mind a társadalomra.

A várt gyermekek születésének növekvő számát a késői gyermekvállalási szándék is nehezíti. Az európai tendenciákkal összhangban hazánkban is folyamatosan emelkedik az első gyermeküket váró nők átlagéletkora, jelenleg a 30. életév környékére esik. 1980-ban az első gyermek születésekor a nők átlagos életkora 22,86 év volt, 2022-ben már 29,15 év (KSH)³. A kései gyermekvállalás nemcsak kedvezőtlen társadalmi, demográfiai következményekkel jár, hanem az egyének, családok életét is negatívan befolyásolja: minél idősebb korban szeretnénk gyermeket vállalni, annál nagyobb az esélye, hogy meddőségi problémákkal kell szembenéznünk. A húszas években a meddőségi problémák előfordulására kb. 4% esély van, 35 év felett ez az arány már 30%-ra emelkedik, míg 40 éves korra a teherbeesés esélye radikálisan csökken (*Kapitány & Spéder, 2012*).

Ma Magyarországon hozzávetőlegesen minden ötödik párt érinti a nehezített termékenység és a meddőség. Ráadásul a meddőséggel küzdők körülbelül fele nem kér segítséget, nem fordul orvoshoz, ezért a fent említett százalékos arány nagy valószínűséggel a valóságban magasabb (*Török & Major, 2013*).

REPRODUKTÍV EGÉSZSÉG

A reproduktív egészségre vonatkozóan az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization; WHO) definícióját használtuk: „A reproduktív egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség, vagy fogyatékosság hiánya, minden olyan kérdésben, amely a reproduktív rendszerrel, annak funkcióival és folyamataival kapcsolatos. A reproduktív egészség azt jelenti, hogy az emberek kielégítő és biztonságos szexuális életet élhetnek, képesek utódokat nemzeni/világra hozni, és szabadon eldönteni, hogy ezt megteszik-e, és ha igen, mikor és milyen gyakran” (WHO)⁴.

² https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0006.html (Utolsó megtekintés: 2023. október 28.)

³ https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0007.html (Utolsó megtekintés: 2023. október 28.)

⁴ <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health> (Utolsó megtekintés: 2023. október 28.)

A MEDDŐSÉG

A meddőség definiálására több megközelítés is született. A kezdeti leírásoktól, amelyekben még a szervezet diszfunkcióját hangsúlyozták, eljutottunk egy olyan holisztikus álláspontig, amiben a test és lélek már szétválaszthatatlan egységet alkot.

A biomedikális modell az orvosi megközelítést fogadja el, mely szerint meddőségről akkor beszélünk, ha egy nő rendszeres, egy éve tartó, fogamzásgátlás-mentes nemi élet ellenére nem képes teherbe esni (American Society for Reproductive Medicine, 1993 idézi *Covington & Burns, 2006*). A meddőség azonban nemcsak a nőt, hanem a pár mindkét tagját érinti, és kihat az egyéb társas kapcsolatokra is. Mivel a meddőségi élethelyzethez több tényező is hozzájárul – köztük a pszichoszociális tényezők –, amelyek a teherbeesés esélyét tudják változtatni, a korábbi biomedikális definíciót szükségessé vált átfogalmazni. Kutatásunkban a meddőség biopszichoszociális definíciójára támaszkodtunk, amely szerint a „meddőség olyan termékeny korban lévő, explicit gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös nehézsége, akiknél a rendszeres, legalább egy éve tartó (35 éven felüliek esetében hat hónap) fogamzásgátlás-mentes nemi élet ellenére elmarad a fogantatás, vagy a terhességet nem sikerül kihordani. Ez az időben elhúzódó működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas színtereken is egyaránt kifejti hatását, s ennek értelmében csak egy biopszichoszociális kontextusban értelmezhető” (*Pápay, 2012, 27*).

A MEDDŐSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A meddőségi élethelyzet sok esetben megelőzhető lenne. Az egyén egészségi állapotát, és így a reprodukciós egészségét is, nagyon sok minden befolyásolja, többek között a kedvezőtlen életmódbeli tényezők és magatartásformák, a káros környezeti hatások, a hiányos egészségkultúra és a – fentiekre irányuló – prevenció és célzott edukáció hiánya is.

Életmód, egészségmagatartás

Az életmódnak a termékenységi kérdések esetében (is) kiemelt szerepe van. Külön figyelmet érdemes fordítani a reprodukzív egészségünket negatívan befolyá-

soló rizikómagatartásokra, mint például a dohányzás, alkohol-, drog- és túlzott koffeinfogyasztás, a nem megfelelő táplálkozás, a testsúlyproblémák, valamint a rizikós szexuális magatartás.

Az életmód mellett többek között az egészségmagatartás lényeges befolyásoló tényezője az egészségünknek, így a reprodukív egészségünknek is. Egészségmagatartásnak tekinthető minden olyan aktivitás, viselkedés, amit azért teszünk, hogy egészségünket megvédjük, fejlesszük, vagy fenntartsuk. A legújabb megközelítések szerint ezek a tevékenységek tudományosan is igazolt módon kedvező irányba befolyásolják egészségünket, és ezáltal segítenek elkerülni a betegséget, testi károsodást (*Urbán, 2001*).

Az egészségmagatartás körébe tartozik, ha odafigyelünk az egészséges étkezésre és biztosítjuk a szervezetünknek a vitaminok, ásványi anyagok és nyomelemek pótlását. Ha törekszünk a rendszeres fizikai aktivitásra, ami erősíti az immunrendszert, és fizikailag jótékony hatásai mellett csökkenti a feszültséget és a stressz-szintet, ami a lelki egészség megtartásában is segít. Az egészségmagatartás körébe tartozik az is, ha törekszünk a megfelelő mennyiségű és minőségű alvásra, ami szintén a mentális egészség elengedhetetlen feltétele.

A meddőség szempontjából kockázatot jelentő tényezők ismerete a tudományos kutatásoknak, valamint a média közvetítő szerepének köszönhetően a köztudatban is egyre szélesebb körben jelen van. Problémát jelent azonban, ha ezeket a rendelkezésre álló információkat az egyének nem vonatkoztatják magukra, például hátrítják, hogy a nehezített fogantatás őket is érintheti, és a „velem ez nem történhet meg” gondolkodást alkalmazzák akár a szűrővizsgálatokat, akár a rizikóviselkedéseket illetően (*Csabai & Molnár, 2009*). A reprodukív korban lévő fiatalok a termékenységgel kapcsolatos adottságaikat sérthetetlennek gondolják, nem számolnak reprodukív problémával egészen addig, amíg a gyermekvállalás, illetve annak sikertelensége központi kérdéssé nem válik az életükben (*Pápay & Gellért, 2015*).

Az életkor mint rizikófaktor, az életkoralapú meddőség

A termékenységet befolyásoló egyik legfontosabb tényező az életkor. A gyermekvállalás elhalasztása egyre gyakoribb jelenség egész Európában, sok esetben a párok a 35. életévük után vállalják első gyermeküket. Ez hazai viszonylatokra is igaz. Az okok közé sorolható a nők társadalmi helyzetének változása, vala-

mint a párkapcsolat hiánya (*Kapitány & Spéder, 2012; Pápay, Rigó, Nagybányai Nagy & Soltész, 2014*). A közvélekedés szerint a megfelelő időpont a gyermekvállalásra az, amikor már megvan a diploma, megfelelő karriert alakítottunk ki, megtaláltuk életünk párját és a családi fészek is kész. Csakhogy ezeknek a tényezőknek a megléte sok esetben a 30–35. életév után jön el, amely életkor biológiai szempontból már közel sem az ideális. A spontán teherbe esés valószínűsége 19 és 26 éves kor között kétszer nagyobb, mint 35–39 éves korban (*Simó, 2006*), és a reprodukív képesség a 37. életév után a felére csökken (*Borsos & Urbancsek, 2007*).

Az idő múlásával a nőknél csökken a petesejtek száma, romlik a sejtek genetikai állománya és kromoszomális állapota, változik a női hormonrendszer és a ciklus. Férfiak esetén a sperma mennyisége, alaki megfelelősége és a sperma mozgékonyasága folyamatosan csökken, és emellett számos ivarszervi, hormonális és genetikai betegség megjelenhet (*Balasch, 2010*). A reprodukív rendszer betegségeinek gyakoriságát a kedvezőtlen életmódbéli tényezők is növelik. Az életkor előrehaladtával a megtermékenyülési és a nemzőképesség csökken, viszont nő a várandósság és a szülés körüli komplikációk valószínűsége, továbbá az előrehaladott kor a magzati kromoszóma-rendellenesség szempontjából is kritikus kockázati tényező (*Császár-Nagy, 2021*).

Fertilitástudatosság, a reprodukcióra vonatkozó ismeretek, illetve azok hiányosságai

A fertilitástudatosság komplex, kognitív és viselkedéses elemekből álló konstruktum, amelynek része a megfelelő tudás és információ a termékenység valós jellegzetességeiről és képesség a téves hiedelmek felismerésére. Tartalmazza a reprodukív egészség megőrzésére irányuló cselekvési tervet, a rizikófaktorok beazonosítását, valamint a termékenységet elősegítő egészségmagatartás gyakorlását (*Pápay, 2012*).

A vizsgálatok eredményei szerint a reprodukív korban lévők fertilitástudatossága elég alacsony, maximum közepes szintű, annak erősítése kiemelkedően fontos kérdés lenne, mielőtt az egyének és párok életében a gyermekvállalás aktuális kérdéssé válna (*Pedro, Brandao, Schmidt, Costa & Martins, 2018*). Bunting és Boivin 2008-as kutatási eredményei is arra hívják fel a figyelmet, hogy az egyetemista fiatalok ismerik ugyan a termékenység életmódbeli rizikótényezőit,

viszont nagy arányban hisznek a termékenységügyi mítoszokban és az egészséges szokások képzelt termékenységjavító előnyeiben. Hazai kutatások is hasonló eredményt mutatnak. *Pápay (2012)* 561 fős, női hallgatókból álló mintán végzett vizsgálatában közepes mértékű fertilitástudatosságot mért, aminek összetevőin belül az egészségmagatartással kapcsolatos ismeretek mutatták a legalacsonyabb szintet. Vicsek fókuszcsoportos vizsgálatában egyetemista nőket kérdezett gyermekvállalási terveikről (*Vicsek, 2018*). Eredményei szerint az életkoralapú fertilitáscsökkenés hatásaival alig számolnak a megkérdezettek, a biológiai tényezőkkel kapcsolatban inkább tudásdeficit, a saját termékenység vonatkozásában pozitív tévhitek jellemzők. A témában született legfrissebb hazai kutatás (*Vesztergom, Szomszéd, Nagy & Hadházi, 2021*) eredményei szerint a 21 és 35 év közötti fiataloknak csupán a fele van tisztában azzal, hogy a nők legtermékenyebb időszaka 20–24 éves koruk között van. Az életmódtényezők közül a dohányzás és a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás termékenységre gyakorolt negatív hatását a többség ismeri, de az elhízás hasonlóan káros következményeiről jóval kevesebben tudnak. A termékenység életkorral összefüggő csökkenése is lényegesen alábecsült kérdés: a megkérdezetteknek csupán a hatoda tudta, hogy az már 35 éves kor felett megjelenik.

A statisztikai és szakirodalmi adatok alapján azt látjuk, hogy egyre nagyobb számban kapnak meddőségi diagnózist a gyermekek után vágyó párok, és egyre többen kérnek segítséget a várva várt babák megérkezéséhez. Feltételezhetjük, hogy a meddőség előfordulási gyakorisága némileg csökkenthető volna azáltal, ha a reverzibilis tényezőkre nagyobb figyelmet fordítanánk, a reprodukív korban lévő fiatalok ismereteit pontosítanánk, és nagyobb hangsúly kerülne a reprodukív egészség megőrzésének fontosságára.

A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSEI

Kutatásunk célja, hogy megismerjük a reprodukív korban lévő és még a gyermekvállalás előtt álló fiatalok, a 18–25 év közötti korcsoport termékenységre vonatkozó ismereteit, azok helytállóságát, illetve hogy meg tudjuk, hogyan gondolkodnak a családalapítás, gyermekvállalás kérdéseivel kapcsolatban.

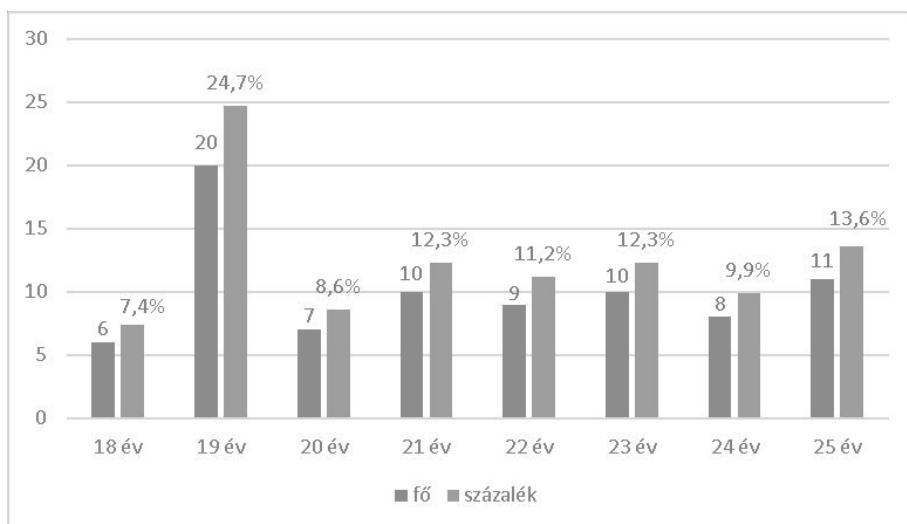
A KUTATÁS MÓDSZERE

A vizsgálatot az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.

Az adatgyűjtést Magyarországon élő, 18–25 éves, érettségivel rendelkező fiatalok körében végeztük. A 32 kérdésből álló kérdőív online formában, a Google Forms felületén volt elérhető. A vizsgálati személyeket online felhívással, a közösségi médián keresztül, hólabda módszer segítségével értük el. A kitöltés önkéntes és anonim volt. A kutatásban való részvételről teljes tájékoztatást kaptak a kérdőív kitöltői, és aktív beleegyezésükkel vállalták a kutatásban való részvételt.

A MINTA BEMUTATÁSA

A kérdőívet 105 fő töltötte ki, ebből 81 válaszadó felelt meg a kritériumoknak. A kitöltők között a nők felülreprezentáltak, az összes kitöltő 88,9%-át adják (72 fő). A kitöltők átlagéletkora 21,4 év. (Ld. *1. ábra.*)



1. ábra. A minta megoszlása életkor szerint [N=81]

Kétharmaduk legmagasabb iskolai végzettsége érettségi (67,9%, 55 fő), döntő többségük jelenleg is tanul (71,6%, 58 fő). Lakóhelyüket tekintve közel harmaduk megyeszékhelyen (30,9%, 25 fő), negyedük városban (24,7%, 21 fő) vagy falun (24,6%, 20 fő) él. (A részletes demográfiai adatokat ld. az 1. táblázatban.)

1. táblázat. A vizsgálati minta összetétele [N=81]

		N	%
Nem	férfi	9	11,1%
	nő	72	88,9%
Kapcsolati státusz	nincs párkapcsolata	35	43,2%
	párkapcsolata van, de nem él együtt partnerével	26	30,9%
	párkapcsolata van, és együtt él partnerével	15	18,5%
	házasságban él	5	7,4%
Lakóhely	főváros	15	18,5%
	megyeszékhely/megyei jogú város	25	30,9%
	város	21	24,7%
	község	20	24,6%
Legmagasabb iskolai végzettség	érettségi	55	67,9%
	felsőfokú szakképzés	5	6,2%
	főiskola, egyetem	21	25,9%
Fő tevékenység	tanul (valamilyen iskolában vagy tanfolyamon)	58	71,6%
	közalkalmazott, alkalmazott	22	25,8%
	vállalkozó	1	2,6%

A kitöltők közül 1 főnek (1,2%) van gyermeke (kettő), 80 főnek (98,8%) nincs.

A megkérdezettek közül 42 fő (51,9%) gondolja magát vallásosnak, közülük 29 fő (69%) katolikus, 13 fő (31%) protestáns felekezethez tartozik.

A megfelelő életminőség és egészségi állapot elengedhetetlen feltétele a gyermekvállalásnak, ezért két kérdésben kérdeztünk rá, hogy hogyan ítélik meg a kitöltők általános egészségi állapotukat, és mennyire elégedettek életminőségükkel. A válaszadáshoz egy ötfokú Likert-skálát használtunk; minél magasabb a pontszám, annál magasabb az életminőség, és annál jobb a szubjektíve észlelt egészségi állapot.

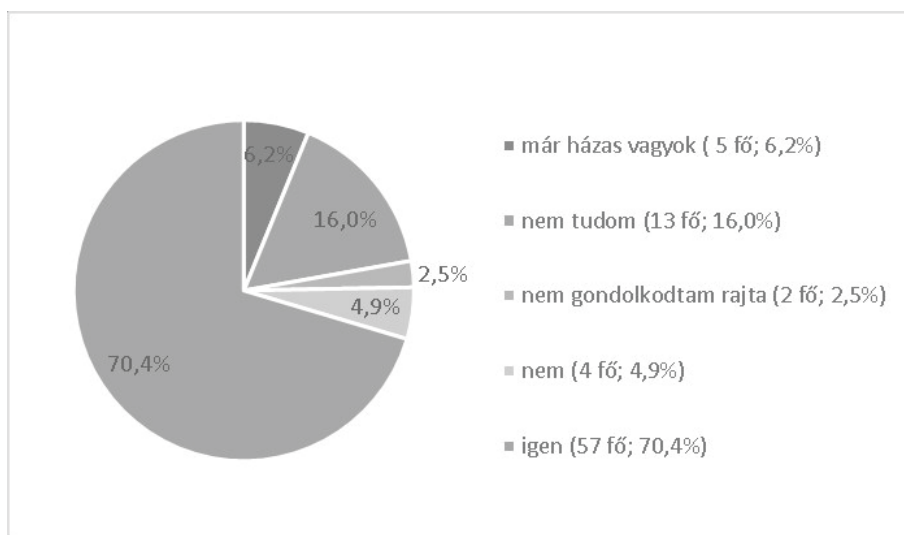
A 81 válaszadó közül az általános egészségi állapotát 21 fő (25,9%) kiválónak értékelte, 42 fő (51,9%) jónak (4-es), 17 fő (21%) közepesnek (3-as). Az átlag

értéke 4,0. Az életminőség tekintetében a válaszadók közül 25 fő (30,9%) nagyon elégedett, 35 fő (43,2%) elégedett, 21 fő (25,9%) közepes vagy az alatti értéket jelölt meg. Az átlag értéke itt is 4,0.

EREDMÉNYEK

Családtervezés

A megkérdezettek közül 5 fő (6,2%) már jelenleg is házas, további 57 fő (70,4%) pedig tervez házasságban élni. Négyen (4,9%) nyilatkoztak úgy, hogy határozottan nem szeretnék házasságot kötni, 13 fő (16%) nem tud állást foglalni a kérdésben, és további két fő (2,5%) választotta a „nem gondolkodtam még rajta” válaszlehetőséget. (Ld. 2. ábra.)



2. ábra. Tervez- e házasságot kötni? [N=81]

Anyasággal/apasággal kapcsolatos ismeretek és attitűdök

A szülői szerepekre vonatkozó ismeretek jelentős része a családi környezetből

származik: a kérdőív kitöltőinek több mint fele, 52 fő (64,2%) számára a származási családban megélt saját tapasztalatok, 45 fő (55,6%) számára a szüleivel való beszélgetés az információk forrása. Barátoktól, ismerősöktől jut ismeretekhez 45 fő (55,6%). Jelentős arányban van jelen a világhálóról való tájékozódás: 46 fő (56,8%) jelölte meg információforrásként az internethasználatot.

A gyermekvállalást befolyásoló további tényező, hogy milyen érzéseket társítunk a szülővé váláshoz. Ezzel kapcsolatban arra kértük a vizsgált személyeket, ítélik meg, hogy a felsorolt érzelmi állapotok és más jellemzők⁵ közül számukra melyik kapcsolódik a gyermekvállalás gondolatához. Az eredmények szerint a megkérdezettek többsége pozitív érzéssel gondol a gyermekvállalásra. 52 fő (64,2%) a boldogságot, 42 fő (51,9%) a figyelmet, 39 fő (48,1%) a játékoság érzését véli meghatározónak. A pozitív érzések közül jellemző még a bizalom 34 fő (42%), energikusság 30 fő (37%) és a nyugalom 15 fő (18,5%). Érdekes viszont a szorongásra figyelni, hiszen 31 főnek (38,3%) vannak ilyen érzései a szülővé válással kapcsolatban, 14 fő (17,3%) pedig a zavarodottságot asszociálja a gyermekvállaláshoz. További jelölt negatív érzelmek: düh 6 fő (7,4%), unalom 5 fő (6,2%), szomorúság 1 fő (1,2%), üresség 1 fő (1,2%).

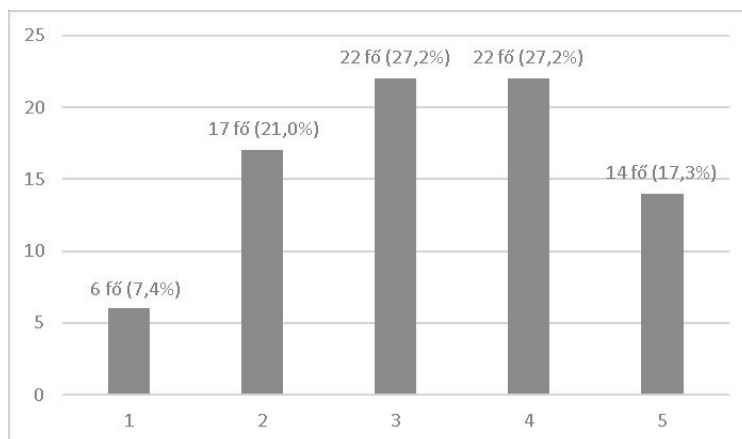
A következő kérdés arra vonatkozott, hogy az egyén életében mennyire fontos cél a szülővé válás. A megkérdezettek közül 26 főnek (32,1%) nagyon fontos, 23 főnek (28,4%) elég fontos és 19 főnek (23,5%) mérsékeltén fontos életcélja az, hogy a későbbiekben gyermeke legyen. 5 főnek (6,2%) ez nem igazán fontos, további 5 főnek (6,2%) egyáltalán nem fontos, 3 fő (3,7%) pedig nem foglalt állást a témában.

Gyermekvállalási szándék

Eredményeink alapján a 81 válaszadó háromnegyede (61 fő, 75,3%) tervez a jövőben gyermeket/további gyermeket vállalni, 12 fő (14,8%) még nem tudja, 3 fő (3,7%) még nem gondolt rá, és 5 fő (6,2%) nem tervez gyermeket.

Arra a kérdésre, hogy mennyire foglalkoztatja a gyermekvállalás/további gyermekvállalás gondolata, a megkérdezettek egy ötfokú Likert-skálán helyezték el magukat (1: sose gondol rá, 5: minden nap foglalkoztatja a gondolat). A válaszok átlagértéke 3,3.

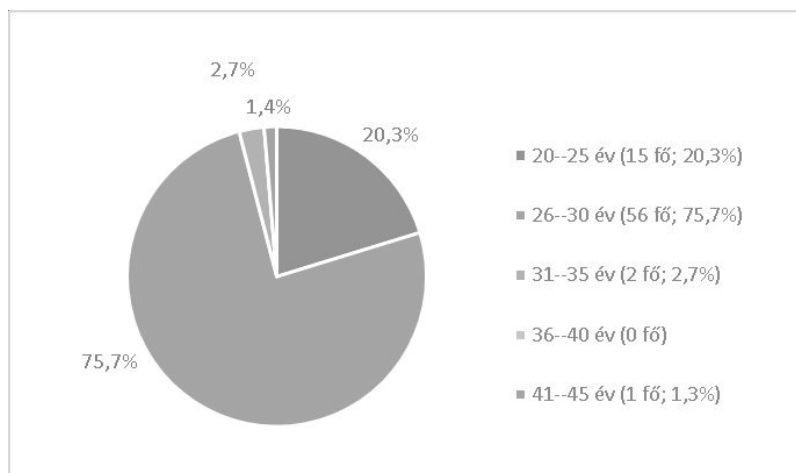
⁵ Asszertivakademia.hu/erzelmek-listaja/ (Utolsó megtekintés: 2023. szeptember 10.)



3. ábra. Mennyire foglalkoztatja a gyermekvállalás/további gyermekvállalás gondolata? [N=81]

A 3. ábra alapján látható, hogy a megkérdezettek 17,3%-át (14 fő) minden nap, további 22 főt (27,2%) eléggé foglalkoztatja a gyermekvállalás gondolata. Hat válaszadó (7,4%) egyáltalán nem foglalkozik a kérdéssel. (Ld. 4. ábra.)

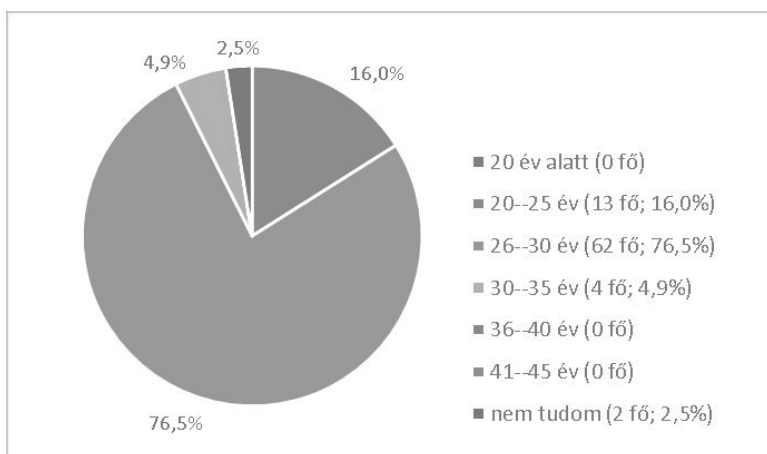
Megkérdeztük, hogy amennyiben szeretne a jövőben gyermeket vállalni, hány éves korában gondolja azt megvalósítani. A válaszadók döntő többsége (71 fő, 96%) 30 éves koráig szeretne szülővé válni. A megkérdezettek közül összesen egy férfi kitöltő gondolja úgy, hogy a negyvenes éveiben tervezi a szülővé válást.



4. ábra. Hány évesen szeretne szülővé válni? [N=74]

Reproduktív tudatosság, reproduktív egészség

A válaszadók háromnegyede, 62 fő (76,5%) szerint 26 és 30 éves kora között a legideálisabb egy nőnek megszülni első gyermekét. Ez az életkori tartomány egybeesik a gyermekvállalás többség által tervezett időpontjával. 20 éves kor alatt egy megkérdezett sem véli optimálisnak a gyermekvállalást. 13 fő (16%) választotta a 20–25 éves kort, mely az orvostudomány szerint ideális életkornak tekinthető, és további 62 fő (76,5%) is a 30 év alatti életkort gondolja optimálisnak. (Ld. 5. ábra.)



5. ábra. Ön szerint hány éves korban optimális egy nőnek megszülni első gyermekét? [N=81]

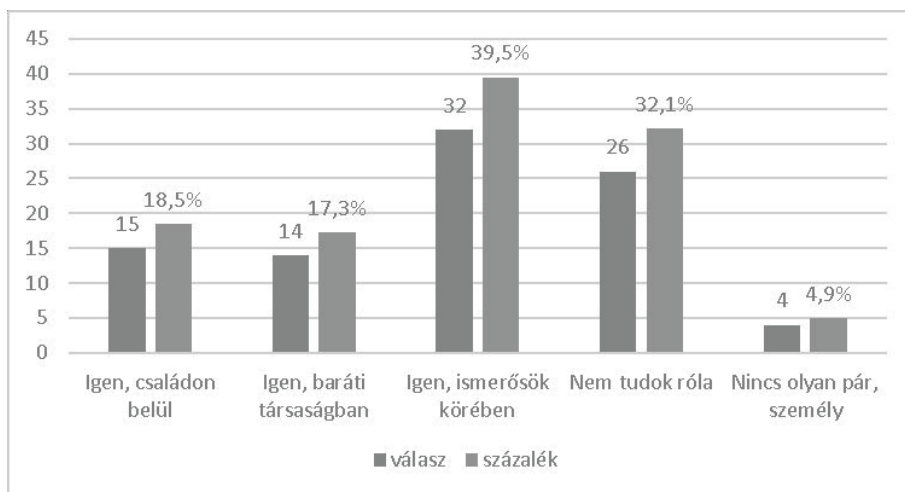
A következő kérdés arra vonatkozott, hogy a válaszadó mennyire tudatosan készül a családalapításra. A megkérdezettek közel fele, 42 fő (51,9%) nem készül tudatosan, további 15 fő (18,5 %) gondolja úgy, hogy erre nincs szüksége, mivel egészséges. 2 fő (2,5%) segítséggel, szakemberek bevonásával készül a családalapításra.

Igyekeztünk feltérképezni, hogy a megkérdezettek életében vannak-e olyan rizikófaktorok, amelyek megítélésük szerint csökkenthetik a későbbi gyermekvállalási esélyeit. A válaszok között legnagyobb arányban a stressz jelenik meg kockázati tényezőként: 35 fő (43,2%) véli úgy, hogy negatív hatást gyakorolhat a későbbi családalapítására. Káros szenvedélyek jelenlétét 14 fő (17,3%), nőgyógyászati problémákat 11 fő (13,6%), andrológiai problémát egy fő (1,2%) jelzett. Egyéb egészségügyi problémája van hét főnek (8,6%). Szexuális problémát két fő (2,5%), pszichiátriai betegséget négy fő (4,9%) említett. Hat válaszadó (7,4%) szerint az elhízás az a tényező, amely ronthatja a későbbi gyermekvállalás valószínűségét. Nemi betegségeket senki nem jelölt. A válaszadók közül 27 fő (33,3%) nem tud róla, hogy lenne valamilyen rizikófaktor az életében.

A kutatásban részt vevők közül a többség, 52 fő (64,2%) gondolja úgy, hogy tud tenni annak érdekében, hogy ne legyenek a jövőben termékenységi gondjai. 21 fő (25,9%) nyilatkozott úgy: nem tudja, hogy lehet-e bármit is tenni e téren, öt fő (6,2%) biztos benne, hogy nem lehet tenni semmit, hisz nincs ráhatása a kérdésre, hárman (3,3%) pedig csak reménykednek benne, hogy tudnak tenni valamit.

A következő kérdés a cikluskövetés – mint természetes családtervezési módszer – ismeretére, illetve alkalmazására vonatkozott. A válaszadó 81 fő közül 68 fő (83%) ismeri a cikluskövetést, ehhez képest alacsonyabb arányban (28 fő, 34,6%) alkalmazzák azt.⁶

A kérdőív kitöltői nagy arányban ismernek olyan párt vagy személyt, aki termékenységi nehezítettséggel küzd. 15 fő (18,5%) a családon belül találkozott ezzel a jelenséggel, 14 főnek (17,3%) baráti társaságában, 32 válaszadónak (39,5%) az ismeretségi körében van termékenységi nehezítettséggel küzdő pár vagy személy. (Ld. 6. ábra.)



6. ábra. Tud olyan párról vagy személyről, aki(k) termékenységi nehezítettséggel küzd(enek)?

[N=81]

⁶ Megjegyezzük, hogy a kérdésben nem definiáltuk, hogy mit értünk pontosan cikluskövetés alatt, ezért az adatok felfelé torzítottak lehetnek.

A saját termékenységre vonatkozó tudást tekintve: a válaszadók közül 71 fő (87,6%) nyilatkozott úgy, hogy nincs tudása arról, hogy érinti-e őt vagy partnerét termékenységi nehezítettség. Három fő (3,7%) tudja, hogy neki nincs ilyen problémája. Hat fő (7,4%) tud arról, hogy neki vagy párjának van ilyen problémája, illetve egy kitöltő (1,2%) nyilatkozott úgy, hogy jelenleg kivizsgálás alatt áll.

Arra a kérdésre, hogy kérne-e segítséget, ha védekezés nélküli szexuális élet esetén, akarata ellenére nem jönne létre terhesség, a válaszadók többsége azt válaszolta, hogy egy éven belül kérne valamilyen professzionális segítséget, ebből 20 fő (24,7%) már néhány hónap elteltével, további 20 fő (24,7%) fél év elteltével fordulna szakemberhez. 10 fő (12,3%) gondolja úgy, hogy két év, egy kitöltő (1,2%) pedig három év múlva kérne segítséget.

Információk a reprodukív egészségről

A kérdőívet kitöltők többsége szívesen részt venne a reprodukív egészséggel kapcsolatos ismeretterjesztő előadásokon. 24 fő (29,6%) úgy gondolja, iskolai keretek között lenne a helye az ismeretterjesztésnek. A megkérdezettek közel harmada viszont nem szeretne további információkhoz jutni vagy azért, mert nem érdekli őket a téma (5 fő, 6,2%), vagy mert úgy gondolják, hogy nincs szükségük ez irányú ismeretekre (14 fő, 17,3%).

Termékenységi ismeretek

A kutatás utolsó részében a kitöltők termékenységi ismereteit mértük fel. Ehhez 15, termékenységgel kapcsolatos állítást kellett megítélni abból a szempontból, hogy az igaz vagy hamis. (Az állításokat és a kapott válaszok arányát ld. a mellékletben.)

Az alábbi táblázatban látható, hogy a termékenységi ismeretekre vonatkozó állítások közül melyek voltak azok, amelyekkel kapcsolatban a feltett kérdésekre a legnagyobb, illetve a legkisebb arányban tudták a helyes választ a megkérdezettek.

2. táblázat. A termékenységre vonatkozó ismeretek a helyes válaszok arányában [N=81]

Állítás	Helyes válaszok aránya
A szexuális úton terjedő betegségek nincsenek hatással a termékenységre.	91,4%
A dohányzás nincs hatással a férfitermékenységre.	90,1%
Cikluskövetéssel megállapíthatók a nőknél a termékeny és terméketlen napok.	90,1%
Az első gyermek vállalása 35–40 éves korban ideális egy nőnek.	86,4%
Egy nő 40 év körül ugyanolyan eséllyel esik teherbe, mint egy 30 év körüli nő.	81,5%
Ha egy férfi erekciót tud elérni, az azt jelenti, hogy termékeny.	80,2%
Napjainkban minden 5. pár érintett nehezített termékenységi problémával.	71,2%
A petesejtek egyidősek a tulajdonosukkal, és számuk, valamint minőségük az idő előrehaladtával csökken.	70,0%
Az elhízás csökkenti a teherbeesés esélyét.	69,1%
A sperma mennyisége, alaki megfelelősége és a spermiumok mozgékonyasága az évek elteltével folyamatosan csökken.	60,4%
A meddőség egyenlő az impotenciával.	56,8%
A férfiak ugyanolyan arányban járulnak hozzá a reprodukciós zavarokhoz, mint a nők.	54,3%
Az egészséges életmód termékenyvé tesz.	28,4%
35 éves kor feletti pár meddőnek minősül, ha fogamzásgátlás nélküli, rendszeres szexuális kapcsolat ellenére a női partner fél éven belül nem esik teherbe.	22,1%
Örökbefogadás után nagyobb az esélye a teherbeesésnek.	19,8%

DISZKUSSZIÓ

Ahogy azt a statisztikai mutatók igazolják, hazánk továbbra is az alacsony termékenységű országok közé tartozik. Az, hogy a termékenységi mutatók a következő évtizedben milyen irányban változnak majd, a most fiatal felnőtt generáción, az ő gyermekvállalási szándékukon és gyermekeik tényleges számán múlik majd.

A vizsgálat során kapott adataink jelentős mértékben egybevágnak más vizsgálatok eredményeivel (ld. pl. Hungarostudy, 2021), ám a minta speciális jellemzői miatt mégis megfontolásra érdemesek.

A megkérdezettek háromnegyede vagy már házas, vagy a jövőben szeretne házasságban élni. Ez az arány megegyezik a Magyar Fiatalok 2020 kutatás (*Domokos, Kántor, Pillók & Székely, 2021*) adataival (bár ott a 15–29 éves korosztályt, tehát kicsit tágabb életkori csoportot kérdeztek le), de elmarad az Engler által egyetemista mintán mért értéktől (89%; *Engler, 2018*). Ezt magyarázhatja, hogy a mintánkban szereplők 72 százaléka még tanul, közel felének nincs párkapcsolata, márpedig mind a megfelelő társ megtalálása, mind pedig az iskola befejezése a gyermekvállalás előtt elérendő célok közé sorolható (*Kapdebo, Papházi & Tárkányi, 2022*). A házasságkötési szándékra vonatkozó adat nagyon fontos, hisz a párkapcsolat jellege és a gyermekszám összefügg: a házasságban élőknel a legnagyobb a gyermekvállalás esélye, és az átlagos gyermekszám is a házasságokban a legmagasabb (*Engler, Markos & Major, 2022; Kapdebo et al., 2022*).

A mintába kerültek fele nyilatkozott úgy, hogy számára fontos vagy nagyon fontos cél a szülővé válás, 12% számára viszont egyáltalán nem az. Ez az arány jelentősen elmarad a Magyar Fiatalok 2020 (*Domokos et al., 2021*) kutatás eredményeitől, ahol 41% nagyon fontos, további 41% inkább fontos célnak gondolja, hogy szülő lehessen, míg teljesen elutasító a nők 10, a férfiak 16%-a. Eredményeinket részben itt is magyarázhatja a tanulói státuszban lévők magas aránya a mintán belül, vagyis az, hogy a megkérdezettek háromnegyede még nem bír stabil egzisztenciával, munkahellyel és (feltehetőleg) önálló lakhatással sem. Tekintve, hogy az egzisztenciális bizonytalanságérzet jelentős negatív hatással bír a gyermekvállalási tervekre (*Kopp, Hofmeister-Tóth & Neumann-Bódi, 2008*), illetve, hogy a fiatalok szerint a gyermekvállalás inkább negatívan hat a tanulási lehetőségekre (*Domokos et al., 2021*), ez az adat is érthetővé válik.

A vallási elköteleződést tekintve: feltételezhető, hogy akik fontosnak tartják a vallást, azok ragaszkodnak egyházuk tanításaihoz (például a gyermekek, családok nagy értéket képviselnek számukra, katolikus vallás esetén a születéskorlátozás legtöbb formáját elvetik), így nagyobb hangsúlyt fektetnek a tudatos családtervezésre (bár egy magyar vizsgálat a fertilitástudatosság terén nem talált különbséget vallásos és nem vallásos személyek között: *Pápay et al., 2014*). Válaszadóink fele mondta vallásosnak magát, ami annyiban magyarázza

a fentebb ismertetett adatokat, hogy a vallásosság önmagában is támogatja a gyermekvállalási szándékot és annak megvalósulását (*Kapdebo et al., 2022*).

A gyermekvállalás kapcsán, már csak a fertilitás idői változása miatt is, fontos kérdés annak időzítése. A legutóbbi Hungarostudy vizsgálatban a tervezett gyermekvállalási kor átlaga 32,3 év volt, a válaszadók 28%-a 30 éves kor alatt, ötöde pedig 35 és 39 éves kora között tervezett szülővé válni (*Kapdebo et al., 2022*). A már idézet Magyar Ifjúság 2020 kutatás (*Domokos et al., 2021*) eredményei szerint a 15–29 éves korosztály átlagosan 28–29 éves korára teszi a gyermekvállalás idejét, ami az életkor előrehaladtával nő (a 15–19 éves korcsoportban 27 év, a 25–29 éves gyermektelenek körében viszont már 31 év).

Saját eredményeink szerint a mintába kerültek közül a legtöbben úgy gondolják, hogy 26–30 éves korban ideális megszülni egy nőnek az első gyermekét, ami megegyezik a saját tervezett szülővé válás időpontjával. Ezek az adatok értelmezhetők, ha a minta már említett demográfiai jellemzőire gondolunk: a megkérdezettek többsége még tanul, vagyis az önálló életük elkezdése, a munkavállalás és otthonteremtés időszaka eleve a húszas éveik közepén kezdődhet csak el. Bár a 30 év körüli életkor az első gyermek vállalásánál kicsit felette van az orvosi szempontból ideális reprodukzív kornak, ez a trend illeszkedik azokhoz a társadalmi változásokhoz, amelyek az önálló életkezdet – így a családalapítás és gyermekvállalás – kitolódásával járnak, elsősorban a tanulással töltött életszakasz elnyúlása következtében (*Pápay et al., 2014*).

A makroszintű társadalmi folyamatok mellett ugyanakkor nem kevésbé fontosak egy egyén szintjén megjelenő megélések, ezek között is hangsúlyosan a szülővé válással kapcsolatos érzelmek, amelyek szintén hozzájárulnak ahhoz a döntéshez, hogy szeretnénk-e szülővé válni. Vizsgálatunkban a legtöbb megkérdezettél pozitív érzelmek kapcsolódnak a szülői szerephez, ám a megkérdezettek több mint harmada a szorongást, közel ötödük a zavarodottságot társította a gyermekvállalás gondolatához. További vizsgálatok tárgya lehet annak a feltárása, hogy milyen tényezők állhatnak e negatív reprezentációk hátterében, illetve, hogy milyen egyéni, családi vagy tágabb szociális folyamatok hatnak kialakulásukra. Ezek megértése azért is fontos, mivel a fiatalok anyaság-representációk például ráhangoló, előfeszítő hatásuk révén jelentősen befolyásolják a későbbi reprodukciós viselkedést (*Pápay et al., 2014*).

Az, hogy mennyiben sikerül csökkenteni a szorongás és más negatív érzelmek mértékét, függ a fiatal felnőtt társas támogatottságától, vagyis attól, hogy van-

nak-e olyan kapcsolatai, amelyben ezek a kétségek, bizonytalanságok, negatív érzések megoszthatók és a felmerülő kérdések feltehetőek, de azon is, hogy mennyire fektet hangsúlyt a társadalom (pl. az oktatási rendszeren keresztül) a gyermekvállalással és a szülői szereppel kapcsolatos ismeretek szervezett formában történő átadására.

A szülői szerepre vonatkozó reprezentációk kérdésénél lényeges azok forrása. Mintánkban – várakozásainknak megfelelően – az anyasággal/apasággal kapcsolatos ismereteket a legtöbben otthoni mintákból, tapasztalatok útján szerzik. Sokan beszélgetnek erről szüleikkel, illetve barátokkal, vagyis a családi köteléken belül, valamint az informális kapcsolatokban a megélt tapasztalatok átadása is fontos tudásforrás. Jellemző továbbá, hogy sokaknál az internetről származó ismeretek alakítják a szülői szerepre vonatkozó képet. Ennek nagy előnye az információk frissessége, nagy mennyisége és könnyű hozzáférhetősége, ami ugyanakkor azzal a veszéllyel is jár, hogy téves, torzított vagy elavult ismereteket kap a világhálón böngésző fiatal. Ezért az egészségügyi információk – és speciálisan a reprodukció, reprodukív egészség és családtervezés – vonatkozásában is fontos a tudatos internethasználat megtanítása és a megbízható forrásokból származó, kontrollált információkhoz való hozzájutás támogatása (pl. internetalapú edukációs programok).

A kívánt gyermekáldás megvalósulásának útjában álló akadályok közül a megkérdezett korcsoport a stressz negatív hatását ismeri, ez nagyon jó, viszont 43 százalékuk szerint az a saját életükben is jelen lévő, és a későbbi gyermekvállalás esélyeit csökkentő tényező. Szakirodalmi források szerint bár nem bizonyított, hogy a stressz önmagában meddőséget okozna, kockázati tényezőként, akár az egészség-magatartás negatív irányú változásain át (pl. a stresszel összefüggő dohányzás, szerhasználat, testmozgáshiány) hozzájárulhat a reprodukív zavarok megjelenéséhez (Cwikel, Gidron & Sheiner, 2004; Sharma, Biedenharn, Fedor & Agarwal, 2013). Fontos volna ezért tudatosítani a családalapítás előtt álló korosztályban, hogy a stresszcsökkentő technikák ismerete, gyakorlása hatékony eszköz lehet a reprodukciós egészségünk fenntartásában.

Szintén a korszerű és hiteles információk széles körben történő átadásának jelentőségét támasztja alá az az adat, amely szerint a megkérdezettek harmada nem tudja, hogy tehet-e bármit is, vagy mit tehet azért, hogy a jövőben ne legyenek termékenységi gondjai. Tekintve, hogy a mintába kerültek közel kétharmadának a közvetlen vagy távolabbi ismeretségi körében van meddőséggel küzdő személy vagy pár, illetve, hogy a többségüket foglalkoztatja a gyermekvállalás gondo-

lata, feltételezhetjük, hogy nyitottak volnának olyan edukatív programokra, ismeretek és gyakorlati tudnivalók átadásával kapcsolatos eseményekre, amelyek a reprodukív egészség fenntartását és a termékenységi problémák megelőzését célozzák. A megkérdezettek harmada iskolai keretek között venne részt ismeretek bővítésében, ha lehetősége volna rá. Ez újfent alátámasztja, hogy indokolt lenne a prevenciót, edukációt bevenni az iskolákba, hogy már az aktív nemi élet megkezdése előtt legyenek ismereteik a diákoknak a reprodukív egészséggel és a szülővé válással kapcsolatos kérdésekről. A szervezett keretek között zajló edukáció lehetőséget ad a kontrollált módon történő, hiteles ismeretátadásra, a meglévő információk pontosítására, a hiányzók pótlására. Ennek indokoltságát kutatásunk is igazolta: a termékenységi ismeretekre vonatkozó kérdések során láthattuk, hogy azok sokaknál felszínesek, hiányosak, pontatlanok.

Sajnos az a jellemző, hogy a várandósságot és az egészséges gyermek(ek) megszületését akadályozó gátra, problémákra csak akkor derül fény, amikor aktuálissá válik a gyermekvállalás. A prevenciós és edukációs programokkal olyan eszközöket és módszereket adhatunk a fiatalok kezébe, amelyek ismeretével és tudatos alkalmazásával pozitív irányban tudják befolyásolni reprodukív egészségüket, képesek mérsékelni a lehetséges rizikótényezők (ld. stressz) negatív hatásait és felismerni a termékenységi zavarokra utaló jeleket. A fertilitástudatosság javításával egyrészt támogatjuk a kívánt gyermekek megszületését, másrészt időt nyerhetünk, hisz az esetleges problémák korai szakaszban felismerhetővé és (jó esetben) kezelhetővé válnak. A menstruációs ciklus ismerete például segíti a gyermekvállalás tervezését, mert a termékeny napok azonosításával a fogamzóképeség becsülhető, és az együttlétek időzítésével a teherbeesés esélye megnövekszik (illetve a nem kívánt terhesség elkerülhetővé válik). Másrészt a cikluskövetés a menstruációs ciklus zavarait időben, már a korai szakaszban felismerhetővé teszi, megelőzve ezzel a reprodukív szervrendszert érintő betegségeket.

Miközben a meddőség prevalenciája világszerte egyre nő, talán a szükségesnél kevesebb figyelmet fordítunk arra, hogy az egészségműveltség hiányosságai, a fertilitástudatosság alacsony mértéke, a termékenységgel, a reprodukív egészséggel és zavarokkal kapcsolatos dezinformációk mind részei a problémának (Pápay, 2012). A fiatalok körében végzett prevencióval, edukációval nagyobb hangsúlyt kapna a reprodukív egészség kérdésköre, ami hozzásegítheti az egyéneket, párokat, családokat ahhoz, hogy a tervezett gyermekek világra jöhessenek.

IRODALOM

- Balasch, J. (2010). Ageing and infertility: An overview. *Gynecological Endocrinology*, 26(12), 855–860.
- Borsos A. & Urbancsek J. (2007). A női nemi szervek élettani működése és funkcionális zavarai. In Papp Z. (szerk.) *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve* (pp. 75–106). Harmadik multimédiás kiadás. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest.
- Bunting L. & Boivin J. (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction*, 23(8), 1858–1864.
- Covington, S. N. & Burns, L. H. (2006, szerk.). *Infertility Counseling*. Cambridge University Press, New York.
- Cwikel, J., Gidron, Y. & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117(2), 126–131.
- Csabai M. & Molnár P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Császár-Nagy N. (2021). *Babavagyó. Családtervezők tudástára*. Mojzer Kiadó Kft.
- Domokos T., Kántor Z., Pillók P. & Székely L. (2021). *Magyar Fialatok 2020. Kérdések és válaszok – Fiatalokról fiataloknak*. Erzsébet Ifjúsági Alap – Társadalomkutató Kft., Budapest. https://tarsadalomkutato.hu/wp-content/uploads/2021/07/magyar_ifjusag_2020_web-vUg.pdf
- Engler Á. (2018). Párkapcsolati elköteleződés és családalapítási szándékok. In Engler Á. (szerk.) *Család és karrier. Egyetemi hallgatók jövőtervei* (pp. 12–37). Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Központ, Debrecen.
- Engler Á., Markos V. & Major E. (2022). Párkapcsolati mintázatok és a gyermekvállalás. In Engler Á., Purebl Gy., Susánszky É. és Székely A. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2021. Család – egészség – közösség. Hungarostudy 2021 tanulmányok* (pp. 51–67). Kopp Mária Intézet a Családokért, Budapest.
- Kapdebo Á., Papházi T. & Tárkányi Á. (2022). Gyermekvállalási tervek a pandémia idején Magyarországon. In Engler Á., Purebl Gy., Susánszky É. és Székely A. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2021. Család – egészség – közösség. Hungarostudy 2021 tanulmányok* (pp. 69–91). Kopp Mária Intézet a Családokért, Budapest.
- Kapitány B. & Spéder Zs. (2012). Gyermekvállalás. In Őri P. és Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai Portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Budapest.
- Kopp M., Hofmeister-Tóth Á. & Neumann-Bódi E. (2008). Kulturális értékek vizsgálata a magyar társadalomban Hofstede kulturális dimenziói alapján. In Kopp M. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (pp. 365–372). Semmelweis Kiadó, Budapest.

- Pápay N. (2012). *A reprodukív egészség és a termékenység problémák pszichoszociális kontextusa*. Doktori disszertáció. ELTE, Pszichológia Doktori Iskola, Budapest.
- Pápay N. & Gellért F. (2015). Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukív egészségmagatartás alakulásában. In Pápay N. és Rigó A. (szerk.) *Reprodukív egészségpszichológia* (pp. 189–209). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Pápay N., Rigó A., Nagybányai Nagy O. & Soltész A. (2014). A gyermekvállalási attitűdök alakulásának pszichoszociális meghatározói. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(1), 1–30.
- Pedro, J., Brandao, T. Schmidt, L., Costa, M. & Martins M. V. (2018). What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(2), 71–81.
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M. & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11(1), 1–15.
- Simó T. (2006). *Ha nem jön a baba. A meddőség okai és kezelése*. New Age Média 2000 Kft.
- Török P. & Major T. (2013). Új lehetőségek a női meddőség ambuláns kivizsgálásában. *Orvosi Hetilap*, 154(33), 1287–1290.
- Urbán R. (2001). Útban a magatartásszempontú egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(4), 593–622.
- Vesztergom D., Szomszéd O., Nagy T. & Hadházi T. (2021). A magyar fiatalok termékenységtudatossága. *KAPOCS*, 4(3–4), 3–20.
- Vicsek L. (2018). Egyetemi hallgatók gyermekvállalási tervei és értelmezései a korhoz kapcsolódó fertilitás-csökkenésről. *Socio. hu Társadalomtudományi Szemle*, 8(3), 80–106.

MELLÉKLET

A kérdőív termékenység ismeretekre vonatkozó állításai és a kapott válaszok értékelése

1. Napjainkban minden 5. pár érintett nehezített termékenység problémában.

Az állítás igaz.

Válaszok

Igaz: 57 fő (70,4%); Hamis: 1 fő (1,2%); Nem tudom: 23 fő (28,4%)

2. A petesejtek egyidősek a tulajdonosukkal, és számuk, valamint minőségük az idő előrehaladtával csökken.

Az állítás igaz: A petesejtek már a születésünkkel velünk vannak, és velünk együtt öregednek.

Válaszok

Igaz: 56 fő (70%); Hamis: 13 fő (16,25%); Nem tudom 12 fő (13,75%)

3. 35 éves kor feletti pár meddőnek minősül, ha fogamzásgátlás nélküli, rendszeres szexuális

kapcsolat ellenére a női partner fél éven belül nem esik teherbe.

Az állítás igaz.

Válaszok

Igaz: 18 fő (22,2%); Hamis: 33 fő (40,8%); Nem tudom: 30 fő (37%)

4. *Egy nő 40 év körül ugyanolyan eséllyel esik teherbe, mint egy 30 év körüli nő.*

Az állítás hamis: 31. életév után évről évre csökken az esély teherbeesésre.

Válaszok

Igaz: 6 fő (7,4%); Hamis: 66 fő (81,5%); Nem tudom: 9 fő (11,1%)

5. *Az elhízás csökkenti a teherbeesés esélyét.*

Az állítás igaz: Az elhízás a teherbeesés esélyét jelentős mértékben negatívan befolyásolja.

Válaszok

Igaz: 56 fő (69,1%); Hamis: 10 fő (12,4%); Nem tudom: 15 fő (18,5%)

6. *A dohányzás nincs hatással a férfi termékenységre.*

Az állítás hamis.

Válaszok

Igaz: 2 fő (2,5%); Hamis: 73 fő (90,1%); Nem tudom: 6 fő (7,4%)

7. *Ha egy férfi erekciót tud elérni, az azt jelenti, hogy termékeny.*

Az állítás hamis.

Válaszok

Igaz: 3 fő (3,7%); Hamis: 65 fő (80,2%); Nem tudom: 13 fő (16,1)

8. *A meddőség egyenlő az impotenciával.*

Az állítás hamis.

Válaszok

Igaz: 12 fő (14,8%); Hamis: 46 fő (56,8%); Nem tudom: 23 (28,4%)

9. *Az első gyermek vállalása a 35–40 éves korban ideális egy nőnek.*

Az állítás hamis: A női termékenység, így a teherbeesés esélye is a 35. életév után jelentősen csökken. Ha több gyermeket is szeretne egy pár, akkor – biológiai szempontból – a nőnek a 20-as évei közepén, de legkésőbb 27 éves korában meg kellene szülnie első gyermekét.

Válaszok

Igaz: 4 fő (4,9%); Hamis: 70 fő (86,4%); Nem tudom: 7 fő (8,7%)

10. *A férfiak ugyanolyan arányban járulnak hozzá a reprodukciós zavarokhoz, mint a nők.*

Az állítás igaz: A meddőségi, nehezített termékenységi problémák mögött számos ok meghúzódhat mind férfi, mind női oldalon. Statisztikák szerint mind a nők, mind a férfiak 30-40%-ban járulnak hozzá a problémához, 10-15%-ban közös eredetű a probléma, 10-15%-ban pedig az ok nem ismert.

Válaszok

Igaz: 44 fő (54,3%); Hamis: 5 fő (6,2%); Nem tudom: 32 fő (39,5%)

11. A sperma mennyisége, a spermiumok alaki megfelelősége és mozgékonyága az évek múlásával folyamatosan csökken.

Az állítás igaz: A férfiak nemzőképessége a már a 30-as évek második felével csökkenni kezd. A spermaképződés folyamatos, viszont a hímivarsejtek megtermékenyítő képessége egyre romlik.

Válaszok

Igaz: 49 fő (60,4%); Hamis: 13 fő (16,1%); Nem tudom: 19 fő (23,5%)

12. Az egészséges életmód termékenyítő tesz.

Az állítás hamis: Az egészséges életmód hozzájárul ugyan a termékenységhoz, viszont önmagában nem tesz termékenyít.

Válaszok

Igaz: 40 fő (49,4%); Hamis: 23 fő (28,4%); Nem tudom: 18 fő (22,2%)

13. A szexuális úton terjedő betegségek nincsenek hatással a termékenységre.

Az állítás hamis: Szexuális úton terjedő betegségek meddőséget okozhatnak, mivel elsősorban, közvetlenül a reprodukív szervekre van hatása.

Válaszok

Igaz: 1 fő (1,2%); Hamis: 74 fő (91,4%); Nem tudom: 6 fő (7,4%)

15. Örökbefogadás után nagyobb az esélye a teherbeesésnek.

Az állítás hamis: A kutatások nem támasztják alá ezt a gyakori vélekedést.

Válaszok

Igaz: 16 fő (19,8%); Hamis: 41 fő (50,6%); Nem tudom: 24 fő (29,6%)

15. Cikluskövetéssel megállapíthatók a nőknél a termékeny és terméketlen napok.

Az állítás igaz.

Válaszok

Igaz: 73 fő (90,1%); Hamis: 2 fő (2,5%); Nem tudom: 6 fő (7,4%)

WORKSHOPOK

DR. PIRISI EDINA ENIKŐ

Mérföldkövek és dilemmák az örökbefogadási folyamat első lépéseinél

Workshopbeszámoló

BEVEZETÉS

A tanulmány az örökbefogadási folyamat első lépéseit tekinti át, kiemelt hangsúlyt helyezve az örökbe fogadó szülők szerepére és a bennük zajló lelki folyamatok bemutatására. A beszámoló megírását az Apor Vilmos Katolikus Főiskola által szervezett II. Anna–Joachim-konferencián (Budapest, 2023. november 23–24.) megtartott „*Nyílt örökbefogadás a gyakorlatban*” c. workshop inspirálta, amelyen örökbefogadás előtt álló házaspárok, meddőségi problémákkal küzdő párokat segítő szakemberek (orvosok, pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek) és a lelki gondozásukat végző papok vettek részt.

A nyílt örökbefogadási folyamat mérföldkövei, fő szakaszai az alábbiak (*Bogár, 2016*): (1) az örökbefogadási döntés meghozatala előtti időszak; (2) az örökbefogadásról való döntés és a hivatalos eljárás; (3) a várakozás folyamata; (4) találkozás és ismerkedés a vér szerinti szülővel; (5) a baba megszületése és az örökbefogadási eljárás; (6) az örökbe fogadott gyermek a családban és a kapcsolódó családi nevelési feladatok; (7) az örökbe fogadott gyermek a közösségben és a kapcsolódó nevelési feladatok; (8) az örökbe fogadott serdülő és felnőtt. Az egyes szakaszokban az örökbe fogadó szülők specifikus dilemmákkal, feladatokkal és problémákkal szembesülnek, amelyekről az alábbi táblázat nyújt áttekintést. A táblázatban összesítésre kerülő lélektani dilemmák, feladatok és problémák forrásai a kapcsolódó szakirodalmak elméleti és módszertani ismeretei (*Bogár, 2016; Cole, 2006; Hámori, 2015; Pavao, 2012*) és a saját pszichológusi praxisom tapasztalatai.

Az örökbefogadás folyamata	Dilemmák, feladatok és problémák
A döntés előtti időszak	Meddőséggel kapcsolatos veszteségek Az örökbefogadás motivációja Félelem az örökbefogadástól Az időzítés fontossága
Az örökbefogadásról való döntés és a hivatalos eljárás	Kapcsolati konfliktusok az örökbefogadásra való döntésben A hivatalos eljárás szubjektív élménye A leendő gyermekkel kapcsolatos döntések
A várakozás folyamata	Passzív vagy aktív várakozás
A találkozás és az ismerkedés a vér szerinti szülővel/szülőkkel (nyílt örökbefogadás) VAGY Ismerkedés a gyerekkel, a barátkozás folyamata (zárt örökbefogadás)	Nyílt örökbefogadásnál: Benyomásalakítás a vér szerinti szülőről/szülők-ről A vér szerinti szülő(k) elfogadása A gyermek neve Zárt örökbefogadásnál: Benyomásalakítás a gyerekről Kapcsolatkialakítás a gyerekkel Együttműködés a gyerek nevelőjével és a segítő szakemberrel
A gyerek megérkezése és az örökbefogadási eljárás	Nehézségek újszülött örökbefogadásakor: a baba elfogadása, beteg baba születése, meggondolás, visszakérés Az anyává és apává válás hirtelensége A kötődés kialakulása, a gyerek átkötése Az örökbe fogadó nagycsalád (nagyszülők, rokonok)
Az örökbe fogadott gyermek a családban	Az örökbefogadottságról és a származástörténet-ről való beszélgetés Kapcsolattartás a vér szerinti szülővel A személyiségfejlődés zavarai

Az örökbefogadás folyamata	Dilemmák, feladatok és problémák
Az örökbe fogadott gyermek a közösségben	Az örökbefogadottság tényének kezelése a bölcsődében, az óvodában és az iskolában Társadalmi előítéletek kezelése
Az örökbe fogadott serdülő és felnőtt	Identitásalakulás az örökbe fogadott serdülőnél és felnőttél Serdülő-szülő konfliktus Az örökbe fogadott serdülő és felnőtt leválása

A konferencia résztvevőinek érdeklődése kifejezetten a döntés előtti időszakkal, illetve a döntéshozatali folyamattal volt kapcsolatos, ezért a workshopbeszámolóban ezekhez a szakaszokhoz kapcsolódó lélektani dilemmák, feladatok és problémák kerülnek a következőkben ismertetésre.

A DÖNTÉS ELŐTTI IDŐSZAK

Az örökbefogadás motivációját tekintve elmondható, hogy a legtöbb pár sikertelen teherbeesési próbálkozások után vállal örökbefogadás útján gyereket, néhány pár esetében a karitatív szándék, a gyerek megsegítése jelenti az elsődleges motivációt, és ritkán előfordulnak egyéb motivációk is (*Bogár, 2016*). Mivel a legtöbb párnak természetes úton nem született gyereke, ezért mire az örökbefogadási szándék megjelenik bennük, gyakran már megélték a meddőséggel járó stresszt és veszteséget (*Pulay, 2006*), ezért kiemelten fontos, hogy a pár hol tart a meg nem született vér szerinti gyerek elgyászolásának folyamatában. Problémaként jelenhet meg az idő előtti örökbefogadás, amikor egy pár már akkor elköteleződik az örökbefogadás mellett, amikor még nem engedte el a vér szerinti gyermek megszületése utáni vágyat, és nem tudta teljesen elfogadni és feldolgozni, hogy a gyerekük nem a saját vérük lesz. A megfelelő időzítés azt jelenti, hogy az örökbefogadó pár már túl van a veszteségfeldolgozáson, és teljes elfogadással és szeretettel tud az örökbe fogadott gyerek felé fordulni.

A gyerek iránti vágy mellett a leendő örökbefogadókban megjelenhetnek az örökbe fogadó szülői szereppel kapcsolatos különböző félelmek is, és a kettő

dinamikája fogja meghatározni, hogy megszületik-e bennük az örökbefogadásra vonatkozó döntés. A félelmek egyrészt fakadhatnak az anyai/apai szereppel együtt járó elköteleződés, felelősségvállalás háritásából, ha valaki úgy érzi, hogy még nem áll készen a szülői szerepre. A félelmek másik forrása annak a bizonytalansága lehet, hogy tudom-e majd szeretni az örökbe fogadott gyermeket? Amíg ezek a félelmek intenzíven jelen vannak, addig még nem születhet meg az örökbefogadásról a döntés. A félelmek hátterében állhatnak egyrészt különböző érzelmi elakadások (pl. önbizalom hiánya, autonómia probléma, diszfunkcionális családi minták stb.), de fakadhatnak értékrendbeli konfliktusokból is, amikor valakinél a karrierje, a párkapcsolata vagy éppen önmaga mint központi érték mellett a gyerekvállalás háttérbe szorul.

Az örökbe fogadott gyerek iránt érzett szeretettel kapcsolatos félelem egyrészt fakadhat magának az örökbefogadási helyzetnek az újszerűségéből (az örökbefogadó párnak nincs rá mintája, hogy hogyan alakul ki a gyermek szeretete, mert csak a vér szerinti gyerek iránt érzett szeretetről van tapasztalatuk), másrészt összefügghet azzal is, hogy kinek mennyire fontos az, hogy a saját vérvonalát adja tovább, és mit tekint a szülő-gyerek kapcsolat alapjának. Ebből a szempontból fontos lehet tisztázni, hogy milyen mértékben határozzák meg a születendő gyereket az öröklött, illetve a nevelési hatások. Az örökletes tényezőknek meghatározó szerepük lehet a gyerek fizikai megjelenésére, egészségi állapotára, az intellektuális képességeire és a temperamentumára, amelyet tovább alakíthatnak a méhen belüli hatások és a születés utáni környezeti tényezők. A nevelési tényezőknek meghatározó szerepük lehet a kötődés, illetve az érzelmi kapcsolatok kialakulásában, valamint az érték- és normarendszer elsajátításában (*Cole & Cole, 2006*).

A vágyak és a félelmek között feszülő ellentmondás feltérképezésének jó eszköze lehet a „gyerekpróba”, amikor a döntés előtti időszakban a pár más gyerekekkel találkozik különböző társas helyzetekben, és megfigyelik a saját reakciójukat a látott gyerekekkel kapcsolatban. Fontos önismereti tudás lehet, hogy például az utcán sétálgatva a szembe jövő gyerekekkel kapcsolatos fantáziáik pozitívak vagy negatívak-e, hogy megpillantva a gyerekeket, mennyire erősen élük meg az örökbefogadási vágyukat vagy az örökbefogadástól való félelmüket, illetve az is, hogy az idő előrehaladtával hogyan változik a kettő aránya.

AZ ÖRÖKBEOFOGADÁSRÓL VALÓ DÖNTÉS ÉS A HIVATALOS ELJÁRÁS

Az örökbefogadásról való döntésnél gyakori helyzet, hogy a pár két tagja nem ugyanakkor jut el oda, hogy szeretne örökbe fogadni. Ilyenkor különösen fontos, hogy akiben hamarabb megszületett a döntés, az bevárja a párját. Fontos hogy az örökbefogadási szándék a pár mindkét tagjánál a saját gyerek iránti vágyra alapozódjon, és ne a párja iránti szeretet miatt döntsön a pár valamely tagja az örökbefogadás mellett. Mivel az esetek többségében házaspárok, és nem egyedülállók fogadnak örökbe, ezért különösen fontos, hogy a pár mindkét tagja „saját igen”-t mondjon az örökbefogadásra, és ezt ne csak a párjához való alkalmazkodás miatt tegye meg.

A páros döntés megszületése után indul el a hivatalos eljárás, az örökbe fogadni szándékozó pár alkalmasságának a vizsgálata az Országos Gyermekvédelmi Szakszolgálat (OGYSZ) illetékes Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatában (TEGYESZ). Az alkalmasság vizsgálatakor a párok részt vesznek örökbefogadási tanácsadason, pszichológiai vizsgálaton és környezettanulmányon, és ha valamennyin megfelelték, akkor a TEGYESZ javaslatot tesz az örökbefogadási alkalmasságukra, ami alapján a területileg illetékes Gyámhatóság kiállítja az alkalmassági határozatukat. A hivatalos eljárás szubjektív megélése nagyon különböző lehet mind a párok között, mind a pár tagjai között. A résztvevők egyik csoportja számára ez örömteli folyamat, mert úgy éli meg, hogy maga a hivatali eljárás lefolytatása lényegében a várva várt gyermek megérkezéséhez tett első lépés, és boldog, hogy részt vehet benne. Egy másik csoport számára ugyanez a folyamat meglehetősen szorongásteli, mert az aggodás válik elsődlegessé, hogy mi történik, ha nem felelnek meg a pszichológiai vizsgálaton, vagy az egészségi állapotuk, jövedelmük, lakhatásuk nem bizonyul megfelelőnek. Ezek mellett további szubjektív tényezők is megjelenhetnek az eljárás során, mint például a pár meddőséggel kapcsolatos szégyenérzete, vagy a hivatali ügyintézővel kapcsolatos korábbi tapasztalatok alapján aktiválódhat a hivatali eljárásnak való kiszolgáltatottság érzése, amelyek miatt szintén fokozottan nehezítettnek élik meg a párok az eljárás lebonyolítását.

Az örökbefogadók számára meglepődést szokott okozni, hogy már az örökbefogadásra való jelentkezéskor számos döntést kell meghozniuk a leendő gyermekkel kapcsolatban. Felkészületlenül éri őket a helyzet, hogy dönteniük

kell, hogy milyen nemű, életkorú, egészségi állapotú és származású gyereket kívánnak örökbe fogadni, és hogy a nyílt vagy a titkos örökbefogadási eljárást választják. Mindezen kérdések megválaszolásánál fontos, hogy a párok a megfelelő önismeret birtokában hozzanak döntéseket, és az legyen számukra a belső iránytű, hogy milyen gyereket tudnak elfogadni és szeretni. Fontos tisztán látni, hogy milyen ember ő, és milyen gyereknek tud szerető családi hátteret biztosítani. A leendő örökbefogadókban gyakran kérdésként merül fel, hogy vajon mit fog gondolni róluk az örökbe fogadási ügyintézőjük, hogyha feltételeket fogalmaznak meg a gyerekkel kapcsolatban, és hogy nem kerülnek-e emiatt hátrányos helyzetbe az örökbefogadásra való várakozásnál. Valójában ennek éppen a fordítottja történik: a kezdeti feltételek megfogalmazása nemhogy gyengítené az örökbefogadási folyamatot, hanem erősíti azt, hiszen ez is hozzájárul, hogy az örökbefogadható gyermek számára a megfelelő örökbe fogadó szülőket találják meg. Sok későbbi probléma előzhető meg azzal, hogyha ezekre a kérdésekre az örökbefogadók már a jelentkezéskor őszintén és megalapozottan válaszolnak.

Szintén dilemmát szokott okozni, hogy a párok a zárt vagy a nyílt örökbefogadási folyamatot válasszák-e. Zárt örökbefogadás esetén az örökbefogadók nem ismerik meg az örökbeadót, hanem a vele/velük való találkozás nélkül fogadják örökbe a gyereket. Ezzel szemben a nyílt örökbefogadáskor az örökbefogadók találkoznak a vér szerinti szülővel, megismerik őt, és a vér szerinti szülő specifikusan nekik adja örökbe a gyereket. A nyílt örökbefogadási folyamattal kapcsolatban gyakori aggodalom szokott lenni, hogy majd az örökbeadó váratlanul felbukkan, és megzavarja az örökbe fogadó család életét, ezért sokan tartanak tőle. Fontos kiemelni, hogy a tapasztalatok szerint ez nincs így, nagyon ritkán fordul elő, hogy az örökbeadó mindenféle egyeztetés nélkül egyszer csak megjelenne és belépne a család életébe. Ami inkább jellemző, hogy az örökbeadók az örökbefogadásban közreműködő szervezet közvetítésével tartják a kapcsolatot az örökbeadóval, és például évente egyszer üzenetet váltanak, amelyben az örökbeadók fényképet és egy rövid üzenetet írnak a gyermekről. Az üzenetváltás egyrészt megerősíti az örökbeadást, mert évről évre megerősíti az örökbeadót a döntésének a helyességében, amikor látja, hogy a gyerek boldogságban és szeretetben nevelkedik, másrészt lehetőséget biztosít majd arra, hogy a későbbiekben az örökbe fogadott gyermek a saját származását kutatva könnyebben megkeresse az örökbeadót. Szintén előnye a nyílt örökbefogadásnak, hogy az örökbefogadók rendelkeznek információval a vér szerinti szülőről, és

a gyerek igényei szerint mesélni tudnak róla, amivel segíteni tudják a gyereket az örökbefogadottsághoz kapcsolódó veszteség feldolgozásában és a saját identitásának a formálódásában.

BEFEJEZÉS

A konferencián megvalósuló workshopon őszinte és mély beszélgetés bontakozott ki a döntés előtti időszak, illetve a döntéshozatali szakasz lélektani dilemmáihoz kapcsolódóan, amelyben egyenrangú résztvevőként voltak jelen az örökbefogadás iránt érdeklődő párok, illetve az őket segítő szakemberek és lelki vezetők. Az elfogadó és támogató légkör lehetőséget biztosított, hogy feltáruljanak és átdolgozódjanak az örökbefogadási folyamat első lépéseihez kapcsolódó nehézségek és elakadások, és a közös beszélgetés során egy olyan megtartó háló szövődjön, amely biztonságos alapot tudott nyújtani a résztvevőknek a problémáikkal való megküzdésben. A workshopon való részvétel különlegességét az adta, hogy egy korlátozott idejű, és a résztvevők összetételét tekintve, egyszeri és megismételhetetlen esemény volt. Ugyanakkor ezekkel a korlátozó tényezőkkel együtt – vagy esetleg pont ezek miatt is – az együttes élmény hozzásegítette a résztvevőket, hogy közösen készüljenek fel a következő lépés megtételére a személyes, illetve a szakmai útjukon.

IRODALOM

- Bogár Zs. (2016). *Az örökbefogadás lélektana*. Ágacska Alapítvány.
- Cole, M. & Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó.
- Hátori E. (2015). *A kötődéstudomány perspektívái – A klasszikusoktól napjainkig*. Animula Kiadó.
- Pavao, J. M. (2012). *Az örökbefogadás háromszöge*. Mózeskosár Egyesület.
- Pulay K. (2006). Amit az örökbefogadók veszteségeiről tudni érdemes. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 15(1) 12–16.

A reprodukzív pszichológia és a foci esete, avagy tényleg mindenki ért hozzá?

A WHO legfrissebb adatai alapján a világon minden hatodik ember érintett lehet meddőségi problémákban (*World Health Organization, 2023*). Ez emeli az igényt a mentális segítő munka iránt is, így egyre többen foglalkoznak nehezített termékenységgel élőkkal.

Ha azonban megvizsgáljuk a segítő szakemberek interneten (honlapokon, közösségi média oldalakon) aktuálisan elérhető hazai „kínálatát”, azt láthatjuk, hogy mind a végzettségek és képesítések, mind pedig az alkalmazott módszerek tekintetében meglehetősen nagy a szórás. Az önjelölt segítőtől a pszichoterapeutáig, a „nőiség mentortól” a meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadóig sokféle segítő kínálja tudományosan megalapozott vagy épp alternatív eljárásait. Úgy tűnik tehát, mintha a pusztá szándék, hogy ezzel a betegpopulációval foglalkozzunk, elegendő volna a szakszerű segítségnyújtáshoz. Ahogy a futballal kapcsolatban szokás emlegetni: mintha mindenki értene hozzá.

A szakemberek és a módszerek változatossága önmagában nem jelent problémát, hiszen ez biztosítja a kliensek számára, hogy megtalálhassák a személyiségükhöz leginkább közel álló segítséget. Egy friss kutatás azonban azt találta, hogy a meddőséggel küzdő személyek terápiás választását, amennyiben nem kapnak útmutatást, inkább a vegyes módokon létrejött preferenciák, és nem a bizonyítékokon alapuló módszerek ismerete irányítja (*Boivin et al., 2022*). Fontos volna tehát, hogy a páciensek megfelelő tájékoztatást kapjanak az elérhető intervenciók hatékonyságáról. Ehhez azonban elsősorban a szakembereknek kell tisztában lenniük a bizonyítottan hatékony beavatkozások mibenlétével.

Kutatásunk célja kettős: 1. az interneten magyarul hozzáférhető, termékenységi nehézségekkel küzdő személyek pszichés támogatására irányuló szolgáltatások felmérése; illetve 2. annak áttekintése, hogyan válhat egy szakember képzett meddőségi tanácsadóvá külföldön és Magyarországon. Vizsgálatunk arra kíván választ találni, vajon a magukat hirdető szakemberek tudása – saját szakmai én-

Eredményeink azt mutatják, hogy az elemzett hirdetések szinte kivétel nélkül kizárólag a női meddőséggel foglalkoztak (*1. ábra*), holott tudjuk, hogy a termékenységi zavarok 50%-ában a férfitartner vagy a férfitartner is érintett lehet (*Abangah et al., 2023*). Függetlenül azonban attól, hogy a probléma a pár mely tagjánál áll fenn, sem a nőknél, sem pedig a férfiaknál nem lehet eltekinteni a meddőséggel járó lelki megterheléstől, így mindkét fél számára egyaránt fontos lehet a pszichés támasz. A szolgáltatást nyújtók körében ugyan volt, ahol megjelentek páros alkalmak is, de leginkább a meddőség háttérében feltételezett párkapcsolati zavarok (például kötődési problémák) és nem az együttes támogatás kontextusában.

Vizsgálatunk másik eredménye, hogy a meddőség lelki vonatkozásainak magyarázatára a mára már elavultnak számító, ún. pszichogén, azaz a klasszikus pszichoanalitikus megközelítés (vagy annak egyes elemei) dominálnak. Az analizált szöveganyagban nagy arányban (74%) szerepelnek a meddőség háttérében meghúzódó oki tényezőként prezentált lelki „gátak” vagy „blokkok”. Ezzel párhuzamosan magas a mára már meglehetősen elavult *funkcionális meddőség* kifejezés előfordulása (42%), mely azokra az esetekre utal, amikor a meddőségnek nincs kimutatható szervi oka (*Fink & Rosendal, 2015*). A terminus meglehetősen képlékeny, és etiológiailag nem eléggé precíz, mert valójában csak azt közli, hogy mi nincs (organikus háttér). Régebben kézenfekvőnek tűnt ezekben az esetekben az okokat máshol, például a pszichében keresni – ez a terminus tehát átfed a *pszichogén meddőség* fogalmával. Ma már a kutatók sokkal semlege-sebb fogalmakat használnak: például *ismeretlen eredetű* vagy *tisztázatlan háttérű* meddőségről beszélnek.

Napjainkban a tudomány ugyanis már sokkal árnyaltabban gondolkodik az etiológia kérdéséről. A modern egészségpszichológiai megközelítés már a meddőséget is, mint minden más egészségügyi problémát, az úgynevezett biopszichoszociális keretben értelmezi (*Verhaak & Hammer Burns, 2006*). E modell lényege, hogy az emberre mint egészre tekint, akit egyaránt meghatároznak a biológiai adottságai és folyamatai, a pszichés jellemzői, valamint az egyént körülvevő szociális és fizikai környezet (*Pápay, 2012*). Ennek alapján az ember mindenkori állapotát – beleértve reprodukív működését is – ezen tényezők interakciója határozza meg. Miközben a testi-lelki egyensúly fontosságát a tartalomelemzésbe bevont oldalak megközelítőleg fele hangsúlyozza (52%), az általuk leírtak sokkal inkább szimbolikus szinten értelmezik test és lélek kapcsolatát,

al., 2014), úgymint hiányérzet, krízis, bizonytalanság, szorongás, párkapcsolati problémák stb. A pszichés tényezőknek – a biopszichoszociális modellen, a biológiai érzékenységeken és a stresszre adott reakciókon keresztül – valóban szerepük lehet a termékenységi zavarok manifesztálódásában, és nem szabad elfeledkezni a meddő párok kíséréséről és támogatásáról az asszisztált reprodukciós eljárások során. Az úgynevezett meddőségspecifikus distressz – vagyis mindaz a stressz, amit a meddőség okoz – valószínűleg körkörös folyamatot indít el: minél nagyobb distresszt élünk át a meddőségünk miatt, a fizikailag is megnyilvánuló stressz annál jobban megterhelheti a szervezetünket, ezzel még inkább megnehezítve a sikeres gyermekvállalást (Szigeti F., Pápay & Perczel-Forintos, 2015).

Az internetes hirdetések alapján úgy tűnik tehát, hogy a hazai szakember- vagy alternatív segítőgárda – legalábbis az önmagát a világhálón hirdető része – nem követi eléggé a reproduktív pszichológiai tudomány jelen állását, és az alkalmazott módszerek legfeljebb részben felelnek meg a nemzetközileg elfogadott eljárásoknak. Következő lépésben tehát megvizsgáltuk, hogyan szerezhető meg ez a tudásanyag, azaz hogyan válhat valaki szaktanácsadóvá ebben a témában külföldön és Magyarországon.

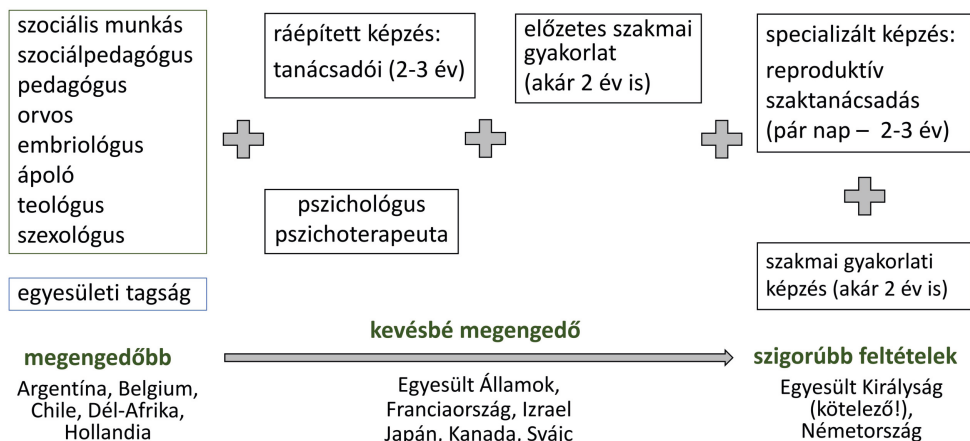
2. HOGYAN LESZ VALAKIBŐL MEDDŐSÉGI SZAKTANÁCSADÓ?

Nemzetközi viszonylatban a helyzet meglehetősen színes. Vannak országok, ahol a pszichoszociális támogatás nyújtása az asszisztált reprodukciós szintén törvényileg kötelező (például az Egyesült Királyságban, Ausztráliában és Új-Zélandon), és a munka pontos irányelvek mentén zajlik. Ezekben az államokban természetesen a jogosultságok is szabályozottak (*British Infertility Counseling Association*, é. n.). Más földrajzi helyeken multidiszciplináris szakmai testületek nyújtanak keretet ehhez a specializációhoz (*Canadian Fertility and Andrology Society Counseling Special Interest Group [CSIG]*, 2009), kevésbé preskriptív jelleggel, de megalapozott ajánlásokkal (Blyth, 2012). És végül vannak olyan országok, ahol alig szabályozza bármi a meddőségi mentális segítők működését vagy képzettségét – ezekben az országokban a szakemberek elhivatottságán és igényességén múlik a munka színvonala.

Ami a képzést illeti, minél nyugatabbra haladunk (Nyugat-Európa, Egyesült Államok), annál inkább igaz az, hogy szakmai civil szervezetek látják el az oktatás feladatát (hasonlóképpen ahhoz, ahogy Magyarországon a pszichológusok-pszichoterapeuták módszerspecifikus képzését a Pszichoterápiás Tanács Szövetség által akkreditált módszereket képviselő egyesületek végzik). Ezek a szakmai csoportok rendszerint a humán reprodukciós orvosszakmai szervezet alegységei. Feladataik közt az oktatáson, a jogosultságok megállapításán (vizsgáztatáson) és a tudományos munkán kívül a szakmai sztenderdek kialakítása, a minőségbiztosítás (szupervízió, intervízió), a „jó gyakorlatok” számon tartása, a hálózatépítés és a kommunikáció szerepel, mégpedig orvosi szervezetekkel, páciensszervezetekkel és politikai döntéshozókkal (CSIG, 2009; *International Infertility Counselling Organization, é. n.*; *Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive Medicine, 2021*).

Minél keletebbre haladunk – Kelet-Európa (például Bulgária, Magyarország) vagy Ázsia (például Izrael, Hongkong) felé –, annál inkább igaz, hogy a meddőségi mentális szakemberek képzése a felsőoktatás keretében valósul meg (*International Infertility Counselling Organization, é. n.*). Ennek természetesen társadalmi okai vannak: a világnak ezeken a részein a civil szféra kevésbé fejlett, a felsőoktatásnak viszont nagy a presztízse.

Az sem egységes a világban, hogy milyen alapvégzettségre építhető a meddőségi mentális segítői specializáció. A 3. ábrán összefoglaltuk, milyen beemelési kritériumoknak kell megfelelniük a jelentkezőknek: a feltételek balról jobbra haladva szigorodnak. A megengedőbb rendszerekben nagyon vegyes a segítő szakmák sora, melyekből befogadnak képződőket. A kevésbé megengedő helyeken már az alapképzésre eleve ráépített tanácsadói végzettséget, a szigorúbb államokban akár ezen a területen szerzett szakmai tapasztalatot is kérnek a képzés megkezdéséhez. Az oktatás hossza néhány naptól akár 2-3 évig is terjedhet, és az általunk ismert legigényesebb országban, Németországban további gyakorlatot írnak elő a végzettség megszerzéséhez.



3. ábra. A meddőségi tanácsadó (*infertility counselor*) képzések bemeneti kritériumai a világ különböző országaiban

Magyarországon jelenleg két felsőoktatási képzőhely indít meddőségi szaktanácsadással összefüggő szakirányú továbbképzéseket, az Eötvös Loránd Tudományegyetem, mely *meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadókat*, illetve az Apor Vilmos Katolikus Főiskola, mely *reproduktívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadókat* bocsát ki. Bemeneti követelményként a két intézmény hasonló alapképzettségeket jelöl meg. Tudomásunk szerint folyamatban van egy harmadik konstrukció akkreditálása: egészségügyi felsőfokú szakirányú (klinikai szakpszichológus, alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, pszichoterapeuta) szakképzésre ráépíthető formában, melynek kimenete *reproduktív pszichológiai szaktanácsadó* lesz.

3. DISZKUSSZIÓ

Tartalomelemzésen alapuló vizsgálatunk felhívja a figyelmet a meddőségről és a vele összefüggő pszichés tényezőkről való kommunikáció hiányosságaira. A szakemberek internetes hirdetéseinek többségében kevésbé helytálló, nem hiteles, tudományosan megalapozatlan és meglehetősen túlhaladott nézetek dominálnak, olyan sztereotípiákat erősítve, amelyek olykor károsak is a mindenkori olvasó és a potenciális kliens számára. Ha ugyanis a szakmai közbeszéd „lelki

okokat” hangsúlyoz, ezzel azt sugallja a betegnek, hogy maga hozza létre betegségét. A meddőséggel küzdő párok – kiváltképp a nők – a laikusoktól is igen sok áldozathibáztató megjegyzéssel szembesülnek a mindennapok során, ami a társas izoláció, elmagányosodás felé viszi őket. Meglehetősen iatrogén, ha a szakemberek is ezt sugallják, márpedig betegeink beszámolója alapján sajnos olykor tőlük is érkeznek áldozathibáztató vagy a problémát bagatellizáló mondatok („Magának azért nem jön össze a baba, mert bizonyosan túl szigorú anya lenne”; „Miért most jött? Hozzám általában csak a sokadik sikertelen lombik után szoktak”).

A modern szemlélet elterjedésének eszköze a képzés, melynek rendszere rendelkezésre áll Magyarországon, de a szakemberek tudásszomján és lelkiismeretességén múlik, hogy élnek-e ezzel a lehetőséggel, esetleg autodidakta módon vagy sehogyan sem képezik magukat. Ajánlatos volna a páciensek öntudatát és igény szintjét emelni, hogy felhatalmazást (*empowerment*) nyerjenek arra, hogy merjék számon kérni a segítő szakember végzettségét, esetleg intervíziós vagy szupervíziós háttérét. Továbbá üdvös volna, ha létezne egy ugyancsak az interneten hozzáférhető hivatalos szaknévsor, mely tartalmazná az igazoltan speciális végzettséget szerzett szakemberek nevét és elérhetőségét. Mindez biztosítaná a szakmai munka minőségét, a kliensek, páciensek érdekében, valamint a szakemberek számára is információt nyújtana az elérhető szupervíziós lehetőségekről. Ami a meddő párok pszichoszociális ellátását illeti, azt a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően lépcsőzetes rendszerben tartjuk optimálisnak (*National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2011*). Ez pszichológiai állapotfelméréssel (szűréssel) indul, melynek alapján meghatározható, hogy az adott páciens pszichés kockázati tényezők szempontjából mennyiben tartozik rizikócsoporthoz. Azoknak, akiknél nem detektálhatók kockázati tényezők, pszichoedukáció javasolt, mely részletes tájékoztatást nyújt a várható beavatkozásokról és azok esélyeiről, valamint a folyamattal járó, jellemző pszichés megélésekről, nehézségekről (*Gameiro et al., 2015*). Azok esetében, akiknél megjelennek bizonyos kockázati tényezők, a pszichoedukáción kívül támogató/szupportív terápia is javasolt – ez az a szint, melyen bármely segítő szakmára épített meddőségi szaknácádói végzettséggel lehet dolgozni. Itt fokozott hangsúlyt kap a stresszkezelés és a megküzdési technikák fejlesztése, például relaxációs technikák elsajátítása. Azok esetében pedig, akik az előszűrés alapján a magas kockázatú csoportba sorolhatók, indokoltak lehetnek a mélyebb alap- vagy szakpszichoterápiás be-

avatkozások is – ez már terápiás munka, mely szakpszichológusi vagy pszichoterapeuta végzettséget igényel, a súlyosabb hangulati zavarok megelőzése vagy kezelése érdekében.

A fent bemutatott többlépcsős modell mellett a páciensek továbbra is, saját kezdeményezésre, prevenciós céllal is igénybe vehetnek pszichés támogatást már a nehezített gyermekvállalással való szembesülést követően, ideálisan a szaknévsorból választva. Gyakran tapasztaljuk ugyanis, hogy a páciensek az első sikertelen lombikot követően akut krízisállapotban érkeznek, vagy a sokadik sikertelen próbálkozás után, lelkiileg megviselten, esetleg már kialakult hangulatzavarral keresnek támogatást. Ez növelheti a kezelések idő előtti feladásának esélyét (*Gameiro et al., 2012*), csökkentheti a hatékony megküzdést, sőt, akár sikeres teherbeesést követően is okozhat gondokat a várandósság alatt és a szülés körüli időszakban (például nőhet a perinatális depresszió esélye). Súlyosabb mentális problémák esetén az esetleges gyógyszeres kezelés szükségessége késleltetheti a beavatkozásokat, ezzel tovább rontva a leendő anya lelkiállapotát.

Összefoglalva, a reprodukív pszichológia esete nem azonos – vagy épp ellenkezőleg, nagyon is azonos – a fociéval: csak az ért igazán hozzá, aki képezi magát erre. Meglátásunk szerint a reprodukív nehézségekkel élő pácienseket ellátó magyar mentális segítőknek szükségük van speciális oktatásra, naprakész, tudományosan megalapozott ismeretekre az infertilitás pszichés oldaláról, valamint érzékenyítésre, hogy a lehető legempatikusabban, a szakmai és etikai irányelveket betartva forduljanak a páciensek felé. A tudományos fejlődést és a nemzetközi gyakorlatokat követve éppen ezért javasoljuk Magyarországon is megteremtteni vagy megerősíteni az alapjait a meddő párok korszerű és szervezett pszichés ellátásának, biztosítva ezzel, hogy a segítségért fordulóknak valóban azt a támogatást kaphassák, melyre szükségük van.

IRODALOM

- Abangah, G. H., Rashidian, T., Parizad Nasirkandy, M. & Azami, M. (2023). A Meta-Analysis of the Prevalence and Etiology of Infertility in Iran. *International Journal of Fertility & Sterility*, 17(3), 160–173. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2023.541991.1215>
- Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*, 27(7), 2046–2057. <https://doi.org/10.1093/humrep/des112>

- Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, B., Markert, M., Samuelsen, C., Guiglotto, J., Roitmann, E. & Domar, A. (2022). Tailored support may reduce mental and relational impact of infertility on infertile patients and partners. *Reproductive Bio-Medicine Online*, 44(6), 1045–1054. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>
- British Infertility Counseling Association (é. n.). *How to become an infertility counsellor*. <https://www.bica.net/memtemp/how-to-become-an-infertility-counsellor> (Utolsó megtekintés: 2022. december 4.)
- Canadian Fertility and Andrology Society Counseling Special Interest Group (CSIG) (2009). *Assisted human reproduction counselling practice guidelines*. https://cfas.ca/_Library/clinical_practice_guidelines/CSIG_Counselling_Practice_Guidelines_August_2009_.pdf
- Ferin, M. (2005). Stress and the reproductive system. In J. D. Neill (szerk.) *Knobil and Neill's physiology of reproduction* (3rd Edition, pp. 2627–2696). Elsevier.
- Fink, P. & Rosendal, M. (2015, szerk.). *Functional disorders and Medically Unexplained Symptoms. Assessment and treatment*. Aarhus University Press.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T. & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- International Infertility Counselling Organization (é. n.). *List of national infertility counseling organizations*. <http://www.iico-infertilitycounseling.org/1216-2/> (Utolsó megtekintés: 2022. december 4.)
- Lakatos E., Pápay N., Ádám S. & Balog P. (2014). Paradigmák a meddőség értelmezésében. *Pszichológia*, 34(3), 261–287. <https://doi.org/10.1556/Pszicho.34.2014.3.4>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. British Psychological Society (UK). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- Pápay N. (2012). *A reprodukzív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori disszertáció*. Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Practice Committee and the Mental Health Professional Group of the American Society for Reproductive & Medicine (2021). Guidance on qualifications for fertility counselors: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 115(6), 1411–1415. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.02.016>
- Szigeti F. J., Pápay N. & Perczel-Forintos D. (2015). Az asszisztált reprodukció pszichológiai kihívásai. In Pápay N. & Rigó A. (szerk.) *Reprodukív egészségpszichológia* (pp. 247–273). ELTE Eötvös Kiadó.

- Verhaak, C. M. & Hammer Burns, L. (2006). Behavioral medicine approaches to infertility counseling. In S. N. Covington & L. Hammer Burns (szerk.) *Infertility counseling* (pp. 169–195). Cambridge University Press.
- Vioreanu, A.-M. (2021). Psychological Impact of Infertility. Directions for the Development of Interventions. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i1.113>
- World Health Organization (2023). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

ABSZTRAKTOK

Dr. Bálint Balázs

*szülész-nőgyógyász, országos szakfelügyelő,
a Budai Irgalmasrendi Kórházban működő
Családi Centrum orvosa*

A helyreállító-orvoslás lehetőségei termékenységi nehézségekkel jelentkező pároknál

A világban egymással ellentétes folyamatok zajlanak. Míg a szegényebb országokban a túlnépesedés, a jó módban élők között a népesség fogyása jellemző. Hazánkban is ezt a tendenciát látjuk, melynek háttérében részben a gyermekvállalás biológiai nehézségei állnak. Inaktív, de stresszben gazdag életmódunk, táplálkozási szokásaink, a vélt vagy valós társadalmi elvárásoknak való megfelelési kényszer mind nehezítő tényező lehet. Az orvostudomány fejlődése egyre nagyobb teret nyit a kivizsgálások és kezelések területén. Ennek egy lehetséges, jó megoldása, ha a természetes működés helyreállításával igyekszünk a vágyott gyermekek megszületésében segíteni.

A megfelelő orvosi ellátás a mai tudásunknak megfelelő evidenciákon alapul. Az orvosi etika szabályai szerint pedig mindig a legjobb tudásunknak megfelelő ellátást kell adnunk. A tünetek okát megkereső, így oki terápiát nyújtó ellátás az, ami a legnagyobb valószínűséggel a legkisebb beavatkozás mellett éri el célját. A pontosabb kivizsgálás ugyanis pontosabb diagnózist és személyre szabott terápiát tesz lehetővé. Különösen igaz ez akkor, ha a testi/biológiai eltérések feltárása mellett a lelki tényezők helyreállításával is segítjük a folyamatot. Frissen napvilágot látott elemzési adatok szerint ez az ellátási forma a meddő párok lombikellátásának a hatékonyságával vetekszik, sőt meg is haladhatja azt annyiban, hogy költségét tekintve messze alatta marad a mesterséges megtermékenyítésnek.

Békési Tímea^a – Tanács Eszter^b

^aaddiktológiai konzultáns, gyászkeszítő, meseterapeuta, képzésben lévő családi tanácsadó

^bpszichológus, meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadó

A „Nem lettem anya veszteségfeldolgozó csoport” bemutatása

A nyugati világban és Magyarországon is egyre nő azon nők aránya, akik vágyuk ellenére nem válnak anyává, és ezt úgy írják le, mint életük legfájdalmasabb krízisét. A gyermektelenséghez kapcsolódó veszteséget megfoghatatlan veszteségként definiálhatjuk, mert bár fizikailag nincs jelen, lelkileg jelen van a vágyott gyermek. Az érintettek figyelme az elképzelt jövőre, a reményekre és álmokra irányul. Veszteségük – a szülővé válás normatív krízisének elmaradása, az ehhez kapcsolódó identitáskrízis és szociális státuszvesztés – ugyanakkor környezetük és a társadalom szemében sokszor láthatatlan marad, gyászuk érvénytelenített, nem fejezhetik ki, feldolgozásához nem kapnak társas támogatást. Gyászuk jogfosztott abból a szempontból is, hogy hiányoznak a veszteségfeldolgozáshoz kapcsolódó normák, szokások, rituálék, nem állnak az érintettek rendelkezésére minták a veszteségek artikulálására és értelmezésére.

Emiatt a véglegesen gyermektelen nők veszteségfeldolgozásának támogatásában kiemelt szerepet játszanak a gyermektelenséghez kapcsolódó veszteségeket ismerő segítő szakemberek és a sorstársközösségek.

A pszichológusként, meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadóként, valamint gyásztanácsadóként és gyászcsoporthoz vezetőként szerzett elméleti tudás, gyakorlati tapasztalatok, illetve a gyermektelen nőként megélt saját élmények integrációjából született a „Nem lettem anya veszteségfeldolgozó csoport”. Műhelyünk során bemutatjuk, hogy a veszteségfeldolgozás során és a „Nem lettem anya” csoportban a veszteség fájdalmának megélése mellett az önbecsülés helyreállítása, az identitás újradefiniálása, az alternatív életcélok felé fordulás, és a történetek jelentésének keresése, élettörténetbe integrálása zajlik párhuzamosan a kapcsolati színtér átalakulásával, és annak elfogadásával, hogy a veszteségérzés megmarad, bizonyos életszakaszokban valószínűleg újra és újra felszínre tör.

Hortobágyiné dr. Nagy Ágnes^a – Déri Éva

^aorvos, a „Boldogabb családokért” – Családi Életre Nevelés (CSÉN) program alapítója és szakmai felelőse. Plenáris előadását Déri Éva biológussal, a CSÉN program egyik tanácsadójával közösen tartja.

A korai prevenció lehetőségei

a „Boldogabb családokért”[®] CSÉN és a Ciklus-show programban – 33 év távlatában

„Boldogabb családokért”[®] Családi Életre Nevelés (CSÉN) programunk legfontosabb célja az élet, a személy, a házasság és a család értékének védelmezése, erősítése.

A CSÉN programunkkal több mint 30 év alatt egy rendszerezett, képzésekben átadható ismeretanyagot, interaktív módszertant hoztunk létre, sok gyakorlati elemmel, melynek lényege a szemléletformálás. A képzések után mentorálással segítjük programunk adaptálását. CSÉN programunkat 2011-től az Életünk a család! Nonprofit Közhasznú Kft.-vel együttműködésben valósítjuk meg.

Az 1–12. évfolyamig, páros órávezetéssel megtartott CSÉN foglalkozásokon, családórákon nem csupán egyszerű és egyszeri információközlés zajlik, hanem a résztvevőkkel való tartós, több alkalomra szóló, rendszeres együttműködés, kompetenciafejlesztés valósul meg. Kiemelt figyelmet fordítunk arra, hogy a termékenység érték; a gyermek, az ÉLET ajándék; a gyermekvárás időszaka, a várandósság áldott állapot. Foglalkozásainkon központi jelentőségű az életszeretet, az ÉLET tisztelete, az életvédelem, magzatvédelem, így az abortuszprevenció is, és segítjük a ráhangolódást a termékenységtudatos fogamzásszabályozásra. Mindezekkel hozzájárulunk a meddőségprevencióhoz is. Fontos témaköreink még többek közt a család, az önismeret, a kommunikáció, a konfliktuskezelés, az érzelmi intelligencia, a felelős párkapcsolat; segítjük a kommunikációt a „ciki”, „tabu” témákat illetően is.

Ezt a munkánkat egészíti ki az MFM-Projekt Ciklus-show[®] program, amely 1999-ben indult Németországból, és amelynek magyarországi licenctulajdono-

sa és a védjegyoltalom tulajdonosa 2006-tól a SZÉK Egyesület. 2006 és 2022 között Magyarországon és a határon túli magyarság körében összesen 33 804 lányt és 19 872 felnőttet értünk el programunkkal. A program megalkotója és elindítója dr. med. Elisabeth Raith Paula müncheni doktornő. Az MFM-Projekt® központi gondolata, hogy a serdülő lányok énképét erősen meghatározza, hogy milyennek élik meg és hogyan értékelik a testüket. A saját test értékességének megtapasztalása alapvető fontosságú ahhoz, hogy az egészségünkkel, termékenységünkkel és szexualitásunkkal felelősen tudjunk bánni. Ez minden megelőzés, prevenció alapja.

Az MFM-Projekt Ciklus-show® egy kiskamasz lányoknak szóló, drámapedagógiai jellegű, játékos és egyben tudományos, öt tanórás felvilágosító program, melynek során gazdag eszköztár segítségével látványos és izgalmas módon elevenednek meg a női ciklus történései, a megtermékenyítés csodája. A foglalkozásokon az érzékszervek és az érzelmek bevonásával segítjük az információátadást, és a lányok ezek által megélhetik: Milyen jó dolog nőnek lenni!

Hortobágyiné dr. Nagy Ágnes a Magyar Ezüst Érdemkereszt kitüntetésben részesült (2023. augusztus 20-a alkalmából) – a fiatalok társas életre való felkészítését, egészséges és boldog családi életre nevelését szolgáló, keresztény értékrenden alapuló program kidolgozójaként folytatott értékteremtő, szemléletformáló és közösségépítő tevékenysége elismeréseként.

Képesné Sinka Szilvia Viktória

*pszichológia BA (KRE), online mentálhigiénés tanácsadó (KRE), képzésben lévő családterapeuta, pszichológia MA-hallgató, RFM-hallgató (AVKF)**

Hogy szól a TE történeted?

A pszichológia fejlődésével a korábban uralkodó medikalizált nézőpont helyett a bio-pszicho-szociális, illetve a bio-pszicho-szociális-spirituális megközelítés

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzés hallgatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

kapott egyre nagyobb teret a termékenységi/gyermekvállalási nehézségek területén is. Ezáltal az egyén magát az egészséget és az ezzel kapcsolatos aktív, értetni tudó segítői szerepet és a kontroll élményét is visszakapta. Bármennyire is törekszünk, hogy megéljük, megteremtsük önmagunk és társunk (családunk) számára az elfogadást és a pozitív jövőképet, a jóba vetett hitünk révén a vezetettség nyugalalmát, bizonyosságát, a serpenyő másik felében ott van civilizációnk velejárója, a stressz, melyet minden igyekezetünk ellenére sem tudunk kiiktatni az életünkől. Számos kutatás mutat rá, hogy a mentálhigiénés támogatás a reprodukív nehézségek terén szignifikánsan nagyobb pozitív hatással bír a pusztán farmakoterápiával szemben. A kutatási eredmények többsége azt mutatja, hogy hormonrendszer és mentális egészség cirkularitásban és duális kapcsolatban vannak egymással és ez a termékenységre (női és férfi egyaránt) hatványozottan igaz. Akkor hát mit tehetünk?

Mindünknek megvan a maga története, a maga narratív identitása, ami nemcsak pusztán énreprezentáció, hanem a szavak érzelmi töltésén keresztül történeti utazásra invitálja a hallgatót. A narratív pszichológia olyan pszichológiai megközelítési mód, amely a narratívumot történeti elbeszélés lelki tartalmakat hordozó komplexumaként vizsgálja, összefüggéseket és jellemzőket tár fel az elbeszélő pszichés állapotáról, a társas alkalmazkodásáról, a világhoz való viszonyáról, és az élettörténeteken keresztül az önmaga által megformálódott és személyiségfejlődésen áteső identitásáról. Pennebaker kutatásaiban (és publikációiban) az írás gyógyító erejét tárja fel. Egészségmagatartásunk részeként erre szeretném előadásommal felhívni a figyelmet és bátorítani a résztvevőket, hogy történetük mesélésével, leírásával támogassák önmagukat (és társukat) a fájó események feldolgozásában.

Lábánné Hollai Katalin

777blog.hu munkatársa, szerkesztője

„Megszabadítottál szegyenemtől”

Sára, Erzsébet, Hanna, Rebeka és még sorolhatnánk néhány nevet a Bibliából, akiknek a történetét mindnyájan jól ismerjük, sőt, talán azt is sejtjük, mi a közös bennük. Mindnyájan meddők voltak. Történeteik azonban ennél jóval messzebb mutatnak: mindnyájuknak lett gyermeke, akik közül némelyek nem is akármilyen „történelmet írtak”, Isten bőséges áldását árasztotta rájuk. Hitem és tapasztalatom szerint nincs ez másként a 21. században sem. Isten arra vár, hogy elfogadjuk az ő bőkezű áldását, az ő ajándékait. Arra hív mindnyájunkat – és a fent említett bibliai asszonyok példájából tudjuk, hogy még a meddőséggel küzdőket is –, hogy fogadjuk el ajándékait, személyes meghívását az életünkre nézve. Emeljük fel a tekintetünket őrá a kihívások, a szorongás, szegyen, gyász és fájdalom idején is. Mert a meddőség ideje ezzel van átítatva. Rengeteg a fájdalom, a gyász és a tehetetlen harag vagy épp a tanácstalanság, melyet a kívülállónak sokszor elképzelni is nehéz. Külön fájdalmas lehet a társadalom, a rokonok vagy éppen a szakemberek gyakran érzéketlen hozzáállása. Isten azonban ebből szeretne bennünket felemelni, Erzsébet szavaival „megszabadítani szegyenünkből”. Erről szól a jelentősen bibliai és saját tapasztalatokon alapuló könyvem, a *Megszabadítottál szegyenemtől*, mely hitem szerint hiánypótló segítség lehet a keresztény hitben járó érintettek, de azok rokonai, barátai, vagy a velük foglalkozó szakemberek számára egyaránt (Lábánné Hollai Katalin: *Megszabadítottál szegyenemtől – A Biblia és a 21. század meddő asszonyai*. 777 Közösség Egyesület, Budapest 2020). A könyv a saját személyes tapasztalatok mellett a Biblia és a Katolikus Katekizmus tanítására támaszkodik, azokkal összhangban kíván támaszt, útmutatást és biztatást nyújtani a meddőséggel küzdő pároknak, valamint a velük kapcsolatba kerülő szakembereknek, rokonoknak, barátoknak.

Dr. Márkus Bernadett^a – Deák Eszter^b

^amolekuláris biológus, FEMM- és Billings-oktató, RFM-hallgató (AVKF)*

^bklinikai kutató, Creighton-oktató, RFM-hallgató (AVKF)*

Ciklus Csoda

Test- és termékenytudatossági oktatóprogram

A Szent II. János Pál Intézet Egyesület 2019 óta elkötelezett munkát végez Debrecenben a családok, a házasság intézményének és az élet szentségének védelme érdekében. Test- és termékenytudatossági oktatóprogramja keretében megalapította a Ciklus Csoda munkacsoportot azzal a meghatározott küldetéssel, hogy a nemzetközileg elismert, tudományosan megalapozott cikluskövetési módszereket – a Billings Ovulációs, a Creighton és a FEMM Health Módszer – megismertesse az ország keleti régiójában élő emberekkel.

Az oktatóprogram célja, hogy a jegyespárok, házaspárok és nők – megismerve testük működését – tudatában legyenek egészségi állapotuknak és termékenységüknek. A módszereket bárki – egészen a pubertáskortól a változó korig – elsajátíthatja és alkalmazhatja a termékeny életszakaszában. A módszerek hatékonyan alkalmazhatóak rendszertelen ciklusképnél vagy a fogamzásgátlók szedését követően, sőt a szoptatási időszakban is. Az ovulációs ciklus során megfigyelt hormonális változásokat a nők különböző testi jelek segítségével tudják értelmezni. Ezek a megfigyelések diagnosztikai jelentőséggel bírnak a meddőség és egyéb nőgyógyászati, endokrinológiai problémák esetében. A szakemberek ezek segítségével hatékonyabban, pontosabban feltérképezhetik a zavarok mögött húzódó okokat, melyeket helyreállítva a nők visszanyerhetik testi egészségüket, és alkalmassá válhatnak a gyermekáldásra. Emellett a módszerek alkalmazása lehetővé teszi a házaspárok számára a tudatos és felelősségteljes családtervezést, továbbá hozzájárul a harmonikus házaselethez is.

A Ciklus Csoda munkatársai nem csupán egy oktatási programmal nyújtanak hatékony segítséget a nők és párok számára, hogy felfedezzék saját testük működését, hanem előmozdítják az egészséges testkép kialakulását és a tudatos szexuális edukáció terjedését is.

*a Reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzés hallgatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

Dr. Nagy Beáta Magda

*klinikai szakpszichológus, szociológus. Az ELTE PPK Pedagógiai és Pszichológiai Intézet (Szombathely) egyetemi adjunktusa, a pszichológia szakcsoport vezetője. Szakterülete a reprodukatív egészségpszichológia, azon belül is elsősorban a meddőség pszichológiai segítése, a termékenységi problémák férfi vonatkozásai és a gyermektelen életpálya. RFM-oktató (AVKF)**

A meddőség társadalmi kontextusa

Ha a meddőségre vagy általában véve bármilyen reprodukatív problémára gondolunk, elsőként az jut eszünkbe, hogy milyen nehéz élethelyzet ez a nő, illetve a pár számára. Ha kicsit szélesebb perspektívából szemlélődünk, akkor látjuk a tágabb családot és esetleg a közeli barátokból álló szociális hálót is az érintettek körül.

Pszichológiai/segítői oldalról általában pontosan ezt tesszük: a meddőséggel közvetlenül összefüggő tényezőkkel foglalkozunk (pl. a meddőség oka, annak megélése, életkor stb.), illetve az egyéni kontextus jellemzőivel dolgozunk (a termékenységre vonatkozó ismeretek, társas támogatottság, a párkapcsolat jellemzői stb.).

Ám gondolkodhatunk (és érdemes is gondolkodnunk) a meddőségről ennél jóval tágabb kontextusban is. Hisz az érintettek sosem egy légüres térben élnek át a gyermekáldás nehezítettségét, így tapasztalásuk, döntéseik, lehetőségeik és cselekvési irányaik soha nem függetleníthetők attól a társadalmi-kulturális közegetől, amelyben élnek.

A meddőség társadalmi meghatározottságában helyet kapnak olyan tényezők, mint a termékenységre, szülői szerepre, illetve a gyermektelenségre vonatkozó szociális normák és reprezentációk, a kezelés elérhető módzatai és lehetséges alternatívái, az ellátórendszer jellemzői vagy a tudáskörnyezet.

Az előadás célja, hogy bemutassa a meddőség és a meddőségellátás társadalmi szintű összetevőit, és mindezek hatását arra, ahogy az egyének és párok a gyermekáldás nehezítettségét megélik.

*a Reprodukatív egészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

Nagy Zsolt

mentálhigiénés szakember, gyászcsoporthoz vezető, képzésben lévő családterapeuta

Perinatális veszteség feldolgozása a párok életében

Még ma is tabutémának számít a halálról és a gyászról való nyílt, őszinte kommunikáció. Ahogy meghalljuk a *halál* szót, összerezzenünk és talán nem is akarunk foglalkozni vele, csak mielőbb túl szeretnénk lenni rajta. Mindez onnan ered, hogy mára már nincsenek meg azok a kapaszkodók és rítusok, amelyek még pár generációval előttünk mankók lehettek ebben az időszakban.

Mentálhigiénés szakemberként a Napfogyatkozás Egyesületnél váltam gyászcsoporthoz vezetővé, és már négy és fél éve vezetek egyéni gyászkíséréseket és önszorgató gyászfeldolgozó csoportokat gyászolók számára. Munkám során sokféle veszteségtípussal találkozom, legyen szó halálesetről, válásról vagy munkahely elvesztéséről. Közel 150 gyászolóval dolgoztam az elmúlt években, és az eddig megszerzett tapasztalataimat folyamatosan ültetem át a család- és párterápiás munkámba is. Több olyan párral is dolgoztam párterápiás vagy egyéni gyászfeldolgozó folyamatban, ahol perinatális veszteség történt. A folyamatban kísérve őket láttam és érzékelttem is, hogy mennyire megterhelően hat a párkapcsolatra egy ilyen fájdalmas csapás, és az, amikor erre nincsenek szavak sem egymás között, sem a család részéről, sem a társadalomban, és nem megélhető a fájdalomban egymás kölcsönös megértése és támogatása.

Ezzel az előadással is az a célom, hogy beszéljünk egy kicsit erről a tabutémáról, és arról is, hogy hogyan lehet a perinatális veszteségben közeledni egymáshoz a távolodás helyett?

Előadásomban az alábbi témákra szeretnék kitérni:

- Hogyan is volt régen a gyász és hogyan alakult mára ennyire tabuvá?
- Ki mit gyászol a magzat/újszülött elvesztése során megélt gyászában?
- Milyen nehézségeket hozhat egy pár/család életében egy ilyen jellegű veszteség, és miért?

Hogyan gyászol egy férfi, és hogyan gyászol egy nő? Hogyan gyászolnak a gyerekek?

Salamon Adrienn

az „Együtt könnyebb” Női Egészségért Alapítvány kuratóriumának elnöke,

WES vezetőségi tag/világkapcsolati vezető

(endometriózisban érintett)

Eltűnt napok

Az „Együtt könnyebb” Női Egészségért Alapítvány az egyetlen bejegyzett közhasznú alapítvány Magyarországon, mely az endometriózissal kapcsolatos edukációval és az érintett nők támogatásával foglalkozik közel 14 éve. Ha felmerül az endometriózis gyanúja és belekerülünk az egészségügyi rendszer végtelennek tűnő alagútjába, az első gondolatunk, hogy ez csak egy rossz álom lehet, és ez velünk nem történhet meg! De mi lehet egy civil szervezet szerepe, ha endometriózisról van szó? Milyen gyakorlati segítséget tudunk biztosítani a már érintetteknek és a szakmának? Célunk az orvosokkal, egészségügyi szakdolgozókkal kapcsolatos együttműködésben az endometriózissal küzdők lelki, fizikai támogatása, a kezelések alternatív módszerekkel való kiegészítése, az ismeretterjesztés és edukáció segítve ezzel az orvosok munkáját is és az érintettek mielőbbi felépülését.

Az endometriózis korai diagnózisa kulcskérdés a súlyos szövődmények elkerülése érdekében. Alapítványunk kérésére fejlesztettek egy applikációt, amely egy menstruációs és termékenységi naptár, de annyival tud többet más applikációkhoz képest, hogy hétféle betegség kockázatára hívja fel a figyelmet. A Lucy applikációban egy szakorvosi ellenőrzés mellett fejlesztett algoritmus ellenőrzi, hogy a felvitt tüneteid alapján érdemes-e felkeresni a nőgyógyászt. Az algoritmus arra is figyel, hogy probléma esetén milyen betegségek előfordulására érdemes kiemelten figyelni. Alapítványunk a Semmelweis Egyetemmel közösen részese egy széles körű nemzetközi kutatásnak, amelynek az alapja ez az applikáció. Ezentúl MRI-, CT-, ultrahangvizsgálatok, műtétek eredményei kerülnek be ezek közé az adatok közé, melyeket mesterséges intelligencia segítségével elemeznek, amelynek eredményeként azt várjuk, hogy kiderüljön, mi okozhatja ezt a betegséget.

Előadásunkban a következő témákkal foglalkozunk:

- Mit jelent az endometriózis?
- Hogyan tudjuk támogatni az orvosokat és érintetteket alapítványként?
- A Lucy applikáció
- Nemzetközi kutatás

Schaffler Orsolya

cikluskövetés-oktató, a Természetes Gyermekáldás projekt szakmai vezetője (Katolikus Szeretetszolgálat), óraadó oktató (AVKF)

Cikluskövetési módszerek és jó gyakorlatok

A szekcióban szeretnék beszélni a Magyarországon elérhető, személyes oktatással tanulható cikluskövetési módszerekről. Elmondom, hogy ezt miért érdemes egy nőnek megtanulnia, hogyan tanulhatja meg valaki a saját ciklusát követni, illetve milyen lehetőségei vannak, ha szeretne maga is cikluskövetés-oktatóvá válni. Beszélni fogok arról, hogy miért gondolom ezt fontosnak, mire törekszem a munkám során. Szólok arról, hogy mit tapasztalok oktatóként a kliensekkel kapcsolatban és hogyan látom a cikluskövetés-oktatók megítélését szakmai körökben.

Szó lesz továbbá az oktatók összefogásáról és továbbképzésükről.

Beszélni fogok még a különböző élethelyzetekről, melyekben a cikluskövetés fontos és elsajátítandó tudást jelent, és arról, hogy mindez milyen hatással lehet(ne) a gyermekvállalásra.

Itt az idő, hogy felfedezd velünk a Ciklus Csoda varázsát!

Dr. Schümekey-Dászkál Angéla

*ügyvéd, óraadó oktató az Apor Vilmos Katolikus Főiskolán. Három örökbe fogadott gyermek édesanyja. RFM-oktató (AVKF)**

Az örökbefogadás jogi rendszere Magyarországon

Az örökbefogadás Magyarországon egy jól szabályozott jogi folyamat, amelyben az állami szerveknek és a civil szervezeteknek is jelentős szerepük van. A jogi szabályozás, az eljárási lépések és a civil szervezetek megismerése fontos lépés a döntés meghozatalához. Az örökbefogadás azonban egy pszichológiai folyamat is, ahol az „örökbefogadás háromszöge” minden tagjának komoly szerepe van. Család bomlik fel és család születik jogi értelemben és érzelmi szempontból is. Az előadás a jogi szempontok és praktikus tudnivalók mellett az érzelmi felkészülés és az örökbefogadás utáni támogatások kérdését is érinti.

Szigetvári Zsuzsa – Volenszki Vita – Jávori Zsófia – Harakály Zsuzsa Zsófia

a Keresztény Családi Centrum munkatársai (Budai Irgalmasrendi Kórház)

„Összhangban a termékenységünkkel”

A workshop keretein belül bemutatkozik a Keresztény Családi Centrum, mely a család vágyott növekedését, a fenntartható fejlődés holisztikus szemléleti keretében, az egyén és a pár/ család testi és lelki egészségének megőrzésével, helyreállításával igyekszik megvalósítani. A Centrum munkatársai interaktív workshop formában szeretnének információt nyújtani a meddőség kezelésének egy hiánypótló, évek óta sikeresen működő, eredményeket felmutatni képes lehetőségéről.

A Keresztény Családi Centrum a Betegápoló Irgalmasrend által fenntartott Budai Irgalmasrendi Kórházban működő, a természetes gyermekáldást holisztikusan segítő központ. Teamben dolgozó munkatársai egységként kezelik a párokat, az andrológus, szülész-nőgyógyász, biológus, pszichológus,

*a Reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

koordinátor, endokrinológus szoros kapcsolatban dolgozik a gyermekvállalás sikeréért és a párok testi-lelki egészségéért.

A termékenység elakadásának fenntartható terápiája az a szemlélet, mely az egyéni funkciózavarok kezelésén túl az egész bio-pszicho-szocio-spirituális rendszerrel foglalkozik, és így a jövőre vetített egészséges és termékeny élet lehetőségét támogatja. A gyógyulás helyes irányát a Centrum által biztosított szakmai segítséggel létrejött spontán, természetes úton megvalósuló fogantatások és kihordott várandósságok igazolják.

A workshop keretein belül bemutatjuk, hogy a testi oldalon túl hangsúlyos figyelmet kap a pár rendszerével való lelki munka, a spiritualitás is. Ehhez hozunk néhány interaktív feladatot és saját élményt támogató lelki gyakorlatot, továbbá várjuk az érdeklődők kérdéseit, építő hozzászólásait is.

Szimon Petra^a – Sevcsik M. Anna^b

*^apszichológus, mentálhigiénés szakember, gyáskísérő és egyetemi oktató, RFM-oktató
(AVKF)**

^bkommunikációs szakértő, a Babagenetika Egyesület alapítója

A perinatális veszteség árnyalatai a valóság tükrében

Még a gyakorlott szakember is tapasztalja egyedi sorsok mentén a perinatális veszteség ezer arcát. Műhelyünkön lehetőség van a tematizált elméleti összefoglalást követően, hogy valós eseteken keresztül tekintsenek rá a résztvevők eme valóságra. Az élmény érzékenyít, és a közös gondolkodáson keresztül mutatja meg azt a sokszínűséget, amely a perinatális veszteséget és az azt követő gyász folyamatot, megküzdést jellemzi.

A műhelyt vezeti a perinatális veszteséget szakmai és emberi oldalról is képviselő két gyakorló szakember, egyben érintett nő, édesanya.

Szimon Petra tíz éve dolgozik perinatális veszteséget elszenvedett szülőkkel, szülőpárokkal egyéni kísérés és csoportos támogatás keretén belül. 2014 óta tart

*a Reproktív egészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

a témában szakmai továbbképzéseket egészségügyi dolgozóksegítő szakembereknek, hangsúlyt fektetve a veszteséget megélt családok mellett a segítői oldal támogatásának kérdéskörére is.

Fontosnak tartja a halálról, az emberi múlandóság körüli gondolatokról való nyílt beszélgetéseket a társadalom különböző szinterein, valamint az egészségügyi és segítő szakmákban dolgozók, az e pályára készülők felkészítését, támogatását a halál iránti attitűd, gyász és veszteség témákban.

Sevcsik M. Anna kommunikációs szakértő, társadalmi szívügyes. Nyolc alkalommal volt várandós, végül öt kisbabának adott életet. Pontosan ismeri az érzést, milyen elveszíteni egy magzatot, vagy hogy milyen nehéz az, ha szülőként nem kapjuk meg a megfelelő támogatást, a kellő információt vagy az empátiát a környezetünktől. Ezért alapította meg a Babagenetika Egyesületet, hogy minden gyermeket tervező vagy váró megkaphassa azt a maximális empátiát és objektív tájékoztatást, amit megérdemel.

Tokodi László OP

domonkos szerzetes, a debreceni Szent II. János Pál Intézet elnöke, egy éve a debreceni domonkos kolostor házfőnöke, valamint a „Szólj be a papnak!” mozgalom egyik alapítója

Meddőség és prevenciója a lelkipálos gyakorlatban a Szent II. János Pál Intézet kereteiben

Mit tehet egy pap egy új élet fogantatásáért? A Szent II. János Pál Intézet nem titkolja katolikus keresztény voltát, így a hozzánk fordulók általában hívő emberek. A tapasztalat azt igazolja, hogy a keresztény tanítás szerinti bűn fogalma kapcsolatba hozható a meddőség kérdésével. A bűnnek és következményeinek – külön-külön és/vagy együttvéve – a felszámolása a házastársak – külön-külön és/vagy együttvéve – életéből, szintén a tapasztalat szerint, hatással van egy új élet megfogadására. Az emberi test és lélek egymásra hatása miatt a szellemi síkú változások az anyagi világra is kihatnak, de igaz ez fordítva is.

A bűnnek és következményeinek eltávolítása az emberek és így a házaspárok életéből egyik kiemelten fontos – bár semmiképpen sem egyetlen – tevékenysége az egyháznak. Intézetünk keretei között az egyház mindennapi gyakorlatában jelen lévő szabadító szolgálatnak a Neal Lozano által kidolgozott és *A szabadító szolgálat kézikönyvében* – *Eloldozva. Szabadság Krisztusban* – bemutatott módszerét alkalmazzuk a gyermekekre vágyók megsegítésében. A találkozások során a Lozano által felkínált öt kulcsot adjuk a hozzánk forduló kezébe, s arra kérjük, hogy képzeljen el egy öt zárral lezárt ajtót, amit ha kinyit, megszabadul szellemi megkötöttségeitől. Az öt kulcs: bűnbánat; megbocsátás; ellene mondani az ellenségnek; átvenni a hatalmat, melyet Krisztus ad nekünk; elfogadni Isten áldását önmagunkra és az életünkre. Előadásomban az öt kulcs módszerét bontom majd ki a meddőséggel hozzánk fordulók életének változásában.

SZERZŐINK

DR. ARANYI GÁBOR PhD az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának egyetemi adjunktusa. Az ELTE szombathelyi pszichológia szakcsoportjának tagjaként az Alkalmazott Pszichológiai Kutatócsoportot vezeti, valamint a pszichológia alapvető területeit oktatja, különös tekintettel a kutatási módszerekre és a statisztikára. Emellett a bécsi Sigmund Freud Magánegyetem adjunktusa, ahol a pszichoterápia tudományának területén végez kutatásokat, elsősorban a terápiás eredményekre, valamint a kliensek és terapeuták tapasztalataira vonatkozóan. Doktori fokozatát 2012-ben az Egyesült Királyságban szerezte, ahol az ember-technológia interakciók tapasztalati aspektusait és eredményeit tanulmányozta.

ASZTALOS DÁNIEL katolikus teológus, a Pécsi Tudományegyetem Filozófia Doktori Iskola abszolutóriumot szerzett hallgatója, képzésben lévő családterapeuta. 2022-től az Anna–Joachim Párkonzultációs Centrum koordinátora, valamint általános iskolában hitoktató. 2017-től minden évben lelkigyakorlatot tart párkereső fiataloknak Szentkúton, 2021-től az Országos Hitoktatási Bizottságban imaműhelyeket vezet hitoktatók számára.

M. DR. DULÁCSKA CSILLA PhD mentálhigiénés szakember, fókuszolás-orientált terapeutajelölt, cikluskövetés-oktató. A Semmelweis Egyetem és az Apor Vilmos Katolikus Főiskola RFM-oktatója*, az „Életünk a család!” N.K.Kft. munkatársa. Másfél évtizede foglalkozik a termékenység témakörével széles spektrumban: lányokat és anyjukat készíti fel az első menstruációra a Ciklus-show, illetve az általa kifejlesztett „4 évszak hercegnője” programok segítségével. Nehezített fogamzással küzdő nőknek tanít cikluskövetést a Belvárosi Orvosi Centrumban.

HOMOKINÉ HOLLÓSI M. CECÍLIA tanácsadó szakpszichológus, PhD-hallgató, képzésben lévő család- és párterapeuta, az Apor Vilmos Katolikus Főiskola tanársegédje. 2019 óta az Anna–Joachim-hétvégék szervezője, a Párkonzultációs team tagja, az Anna–Joachim-program szakmai felelőse. Kutatási területe a meddőség komplex pszichológiai megsegítésének lehetőségei és hatékonysági vizsgálatuk. RFM-szakfelelős (AVKF). RFM-oktató (AVKF)*

*a reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

KISSNÉ VARGA ERZSÉBET az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzésének végzett hallgatója. Érdeklődésének fókuszában a meddőséggel küzdő párok, egyének kísérése áll, valamint kiemelkedően fontosnak tartja, hogy időben felhívjuk a fiatalok figyelmét a reprodukciós egészségük védelmének, megőrzésének jelentőségére.

KOVÁCSNÉ TREER MÁRIA mentálhigiénés lelkigondozó és férje,

KOVÁCS FERENC állandó diakónus, rendhagyó életutat jártak be. A fizikus és mérnök házaspár útja életük delén az emberi lélek szolgálata felé vezetett. Mária kórházi lelki gondozóként, férje mint börtönlelkész dolgozott évekig egy fegyházban. – A *Ne félj, nem ítélek el!* – kiút az abortusz okozta fájdalomból – hétvégét az Emmánuel Közösség tagjaként hozták létre 2009-ben. Az első években az abortusz lelki fájdalmát hordozó nőknek, férfiaknak, az egészségügyben érintetteknek tartottak gyógyító, veszteségfeldolgozó lelkigyakorlatokat. Egy évtizede a vetélés, magzati halálozás, „lombik” babák elvesztése utáni speciális gyászfeldolgozásra is várják az érintetteket (<https://emmanuelkozosseg.hu/szolgالاتaink/ne-felj/>). – 2010 óta a Mária Rádió „*Ne félj, nem ítélek el!*” műsorának szerkesztését és vezetését végzik. A műsorban az érintettek vallomásai, valamint orvosi, lelkészi, pszichológusi szakvélemények hangzottak el. Segítséget kívánnak adni azoknak, akik a lelki szenvedésüket magukba zárva hordozzák. E műsoruk négyhetente kedden este 9-kor jelentkezik (https://hangtar.mariaradio.hu/ne_felj_nem_itellek_el).

DR. LAKATOS ENIKŐ PhD okleveles etnográfus, református lelkész, a mentális egészségügy dományok doktora. Szakterülete a női reprodukciós problémák és a stressz összefüggései, mely témában számos tanulmány és szakcikk fűződik a nevéhez. A Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós Centrum (online elérhető: Kórházlelkész – Asszisztált Reprodukciós Centrum) és a Budai Meddőségi Centrum (Szent János Kórház) kórházlelkésze. Egyéni és páros lelkigondozást, valamint csoportos bibliai alapú stresszkezelő alkalmakat egyaránt tart. Kiemelt szerepet tulajdonít a vallás és a gyülekezeti közösség megerősítő szerepének a nem szokványos vagy nehezebb élethelyzetekben. Házas, egy kislány édesanyja. RFM-oktató (AVKF)*

DR. NAGY BEÁTA MAGDA PHD klinikai szakpszichológus, szociológus, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának (Szombathely) egyetemi adjunktusa. Segítette az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú továbbképzésének megalapítását és óraadóként oktatott a képzésben. Pszichológusként gyakorlati munkájában főként pszichodiagnosztikát és alkalmassági vizsgálatokat végez, illetve egyéni pszichoterápiákat vezet. Tudományos érdeklődése homlokterében a reproductív egészségpszichológiai témák állnak. RFM-oktató (AVKF)*

* a reproductívegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

DR. PIRISI EDINA ENIKŐ PhD pszichológus, pszichodráma-vezető, főiskolai tanár. Az Apor Vilmos Katolikus Főiskola Pszichológiai és Mozgásképzési Tanszékének oktatója, ahol pszichológiai alapismereti, illetve szakmai készségfejlesztési kurzusokat vezet. A Thyris Pszichoterápiás Központ pszichológusaként serdülők és felnőttek részére nyújt tanácsadást különböző életvezetési nehézségekben, többek között meddőségi, illetve örökbefogadási problémák esetében is. RFM-oktató (AVKF)*

SOLTÉSZ KRISZTINA klinikai szakpszichológus, aktív analitikus terapeuta. Első diplomáját közgazdászként szerezte, de érdeklődése nagyon fiatalon a pszichológia tudománya felé fordította. Az ELTE pszichológia szakán „A meddő párok párkapcsolati dinamikájának vizsgálata” címmel írta szakdolgozatát, ezután módszerként aktív analízist tanult. A klinikai szakképzést a Semmelweis Egyetemen végezte. Pszichológusi munkája során immár több mint 15 éve foglalkozik meddőséggel, az anyasággal kapcsolatos nehézségek és veszteségek feldolgozásával, valamint szorongásos, hangulati és kapcsolati zavarokkal. – Elkötelezett a meddőség destigmatizációja mellett. Ezt a tudományosan bizonyított módszerek és megközelítések közvetítésével szeretné elérni a szakemberek és a nagyközönség számára. – 2020 óta a Budai Termékenységi Centrum szakmai vezetője, ahol kollégáival a nehezített várandóssággal szembesülőknek nyújt pszichológiai segítséget. RFM-oktató (AVKF)*

DR. SZIGETI F. JUDIT PhD a nyelvtudományok doktora, klinikai szakpszichológus, EMDR-terapeuta (Semmelweis Egyetem, Budapest). RFM-oktató (AVKF)*

TANÁCS ESZTER pszichológus, meddőségi, reprodukciós és örökbefogadási szaktanácsadó, könyvszerkesztő. Fő érdeklődési területe a gyermektelenség, tanácsadást és önismereti csoportokat tart a témában. A gyermektelenséghez kapcsolódó könyvei: *Nők gyermek nélkül. Történetek vágyakozásról, veszteségről és választásról.* HVG Könyvek, Budapest, 2019; *Férfiak gyermek nélkül. Történetek felelősségről, veszteségről és választásról.* HVG Könyvek, Budapest, 2022.

TOMANÓCZY-HARANGOZÓ ORSOLYA okleveles pszichológus, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskolájának hallgatója. Kutatási témája a gyermekvállalás és klímaváltozás összefüggéseinek vizsgálata.

TRIPISKA JULIANNA családterapeuta, mentálhigiénés és szervezetfejlesztő szakember, reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó. A tanári diploma megszerzése után az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Karán családpedagógia specializáción folytatta tanulmányait. 2012-ben elvégezte a mentálhigiénés és szervezetfejlesztő szakirányú szakképzést és megszerezte a családterapeuta címet. – Az Apor Vilmos Katolikus Főiskolán a reprodukció-

* a reprodukcióegészség-fejlesztő és meddőségi szaktanácsadó szakirányú szakképzés oktatója (Apor Vilmos Katolikus Főiskola)

vegészség-fejlesztés és meddőségi szaktanácsadás szakirányú szakképesítést szerzett. Fontosnak tartja a családtagokat közösen segítő munkát, mely az egyedi szükségleteket is figyelembe veszi. Segítő munkájában alapvetése, hogy helyreállíthatóak, ezáltal új perspektívába helyezhetők a családi kapcsolatok. – Az Anna–Joachim-program különleges tréningsorozatában a házaspárok kísérése a feladata, csoportfoglalkozásokat és párkonzultációs alkalmakat tart. Részt vesz a Anna–Joachim Párkonzultációs Centrum munkájában is.

Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác

Felelős kiadó dr. Gloviczki Zoltán rektor

A borítótér, a tipográfia, a tördelés és a nyomdai előkészítés

Szabó Zsolt munkája

Borítókép forrása: www.freepik.com

Nyomta és kötötte a Print Profi Digitális Gyorsnyomda

Vácott 2024-ben

Felelős vezető Komáromi Zsolt

Olvasószerkesztő Henkey-Hőnig Imola

ISBN 978-615-6539-22-9