emma
EGYESÜLET

NŐK TÁMOGATÁSA VÁLSÁGBAN

NŐK SZEXUÁLIS ÉS REPRODUKTÍV SZÜKSÉGLETEINEK ELLÁTÁSA HUMANITÁRIUS KRÍZISBEN

Az EMMA Egyesület az International Planned Parenthood Federation (IPPF) együttműködő partnere.

Írta: Iványi Anna, Sárdi Annamária, Schmidt Erika
Közreműködött: Szabó Enikő Xiomara
Szerkesztette: Nógrádi Noá
Borító és layout: Schiffer Kata
Szerzői jog: © EMMA Egyesület 2025

ISBN 978-615-02-3487-8

TARTALOM

Bevezetés **5**
Háttér 5
Cél és alkalmazhatóság 5
Köszönetnyilvánítás 6

1. Esetleírások **7**

Natasa **8**
Vanda **9**
Renáta **12**
Viktoriia **13**
Szofia **15**
Enikő **16**
Evelin **19**
Izabella **21**

2. Módszertani iránymutatás segítő szervezetek számára nők szexuális és reproduktív szükségleteinek ellátása kapcsán **23**

2.1. Módszertani bevezetés **23**
2.1.1. Módszertani alapelvek 23
2.1.2. Módszertani alapeszközök 28

2.2. Komplex szemlélet az esetkezelésben **29**
2.2.1. A kiszolgáltatottságról a célcsoporton keresztül 29
2.2.2. Az ellátáshoz való hozzáférés akadályai 32
2.2.3. Komplexitás 38

2.3. Együttműködés a partnerszervezetekkel és intézményekkel **41**

2.4. Az esetkezelésről **42**
2.4.1. Mentális és pszichoszociális támogatás sorstársi alapon 43
2.4.2. Szülészeti ellátás 46
2.4.3. Nem kívánt terhesség 51

2.4.4. Fogamzásgátlás ... 56
2.4.5. Adminisztratív támogatás ... 62
2.4.6. Adományozás ... 65

3. Megfontolandó szempontok szervezetek és intézmények számára a nők szexuális és reproduktív szükségleteinek ellátását célzó programok tervezéséhez ... 68

3.1. Kontextus 2022 ... 68
3.1.1. A hazai menekültellátás állapota ... 68
3.1.2. A hazai civil társadalom állapota ... 70

3.2. Programtervezés ... 71
3.2.1. Korai krízisválasz ... 71
3.2.2. Tervezett krízisválasz ... 73
3.2.2.1. A programtevékenység folyamatos értékelése és alakítása ... 73
3.2.2.2. Érdekérvényesítő tevékenység ... 74
3.2.2.3. Szervezetfejlesztési folyamatok ... 76

3.3. A finanszírozás kihívásai ... 79
3.3.1. Korai krízisválasz ... 79
3.3.2. Tervezett krízisválasz ... 79

3.4. Szervezeti integritás ... 82
3.4.1. Egyéni biztonság ... 82
3.4.2. Csapatkohézió ... 86
3.4.3. A program integrálása a szervezet működésébe ... 88
3.4.4. Együttműködés a támogató szervezetekkel ... 91

4. Visszatekintés és konklúzió ... 93

5. Függelékek ... 96

5.1. Szakmai szószedet ... 96
5.2. Jogszabályok és rendeletek ... 103
5.3. Feminista szemléletű és ügyfélközpontú szociális munka ... 104
5.4. Esetnapló sablon ... 107
5.5. EMMA Közhasznú Egyesület – Etikai kódex ... 108
5.6. EMMA Egyesület – Védelmi Szabályzat ... 115
5.7. EMMA Egyesület – Védelmi Protokoll ... 127

Források ... 132

BEVEZETÉS

Háttér

Egész Európát megrázta, amikor 2022. február 24-én Oroszország megtámadta Ukrajnát, ezáltal eszkalálva a 2014 óta tartó konfliktust. Több millió menekült lépte át egy hirtelen hullámban a környező országok határát, köztük Magyarországét is. Míg az elején nők, gyermekek és férfiak is érkeztek Ukrajnából, a 18–60 év közötti ukrán férfiakra hamarosan bevezetett hadkötelezettség miatt később elsősorban nők és gyermekek érkeztek. Így a menekülteket érő humanitárius krízis különösképpen őket sújtotta (és sújtja a mai napig) (VOICE, HIAS, 2022).

A Magyarországra menekülők legnagyobb arányban Ukrajna kijevi és kárpátaljai régiójából érkeztek (IOM, 2023). Kárpátalja Kelet-Magyarországgal határos területe Ukrajnának, ahol az orosz inváziót megelőzően számottevő volt a magyar nemzetiségűek létszáma[1]. A földrajzi közelség, a nemzetiségi hovatartozás és a nyelvhasználat egyaránt hozzájárult ahhoz, hogy sokan közülük Magyarországot választották a menekülés célországának. Noha pontos adatok nem állnak rendelkezésre, a tapasztalatok szerint jelentős létszámban érkeztek ebből a térségből magukat magyar nemzetiségűnek valló roma menekültek is.

Magyarország civil társadalma és önkéntesei a válság kezdetétől fogva példátlan szolidaritással reagáltak (CRR, 2023). A jelentős erőforrások mozgósítása mellett komoly erőfeszítések történtek a menekültek szükségleteinek kielégítésére. Azonban a szexuális és reproduktív egészségügyi ellátás, valamint a nők és lányok elleni nemi alapú (szexuális és párkapcsolati) erőszak áldozatainak támogatása nem élvezett prioritást. A krízis során még inkább kiütközött a Magyarországon és a környező kelet-európai országokban jellemző, ilyen jellegű szolgáltatások finanszírozása és fejlesztése melletti kormányzati elkötelezettség hiánya, amit tovább súlyosbítanak a jogi és politikai szabályozások ellentmondásai, valamint a szexuális és reproduktív egészséggel kapcsolatos témák stigmatizálása és e jogok korlátozása. Ennek eredményeképpen a menekültek hozzáférése korlátozott a szakszerű, hatékony és tiszteletteljes egészségügyi ellátáshoz.

Cél és alkalmazhatóság

Ez a kézikönyv az EMMA Egyesület 2022–2025 között futó humanitárius programjának tapasztalataira épülő tudás- és tapasztalatgyűjtemény. Célunk egy olyan szakmai módszertan bemutatása, ami lehetővé teszi, hogy a humanitárius válságkezelés során haté-

1 Ukrajnában 2001-ben volt utoljára népszámlálás, akkor valamivel több, mint 151 ezer fő vallotta magát magyar nemzetiségűnek.

kony, tiszteletteljes és nőközpontú megoldások szülessenek a menekült nők szexuális és reproduktív egészséggel kapcsolatos szükségleteire. Emellett útmutatóként szolgálhat olyan humanitárius programok, projektek megtervezéséhez és kialakításához, amikben ezen szükségletek kielégítése és a kapcsolódó jogok integrálása is a célok között szerepel.

Munkánk arra az alapvető meggyőződésre épül, hogy a szexuális és reproduktív jogok szabad gyakorlása minden embert megillet. Így azért dolgozunk, hogy minden nő hozzáférhessen biztonságos és méltó nőgyógyászati és szülészeti ellátáshoz, várandósgondozáshoz, fogamzásgátláshoz és terhességmegszakításhoz.[2]

A kötet középpontjában a terepen dolgozó szakemberek tapasztalatai állnak. Bemutatjuk, hogyan ötvözhetők a szexuális és reproduktív egészséget támogató szolgáltatások a mentálhigiénés támogatással és a szociális munkával egy humanitárius krízisválasz során, és kiemeljük azokat a szempontokat és alapelveket, amelyek tapasztalataink szerint elengedhetetlenek a valóban hatékony támogatáshoz és szolgáltatásnyújtáshoz ezen a területen. Ez a kézikönyv ugyanakkor nem kíván teljeskörű módszertani útmutatóként szolgálni, és nem terjed ki a szexuális és reproduktív egészségügy témaköreinek tudományos (evidencia alapú) ismertetésére.

A feminista, nőközpontú és traumatudatos szemlélet bemutatásával a könyv igyekszik rávilágítani a humanitárius válaszok hiányosságaira és arra, hogy a jelenlegi rendszer sok esetben nem megfelelően szolgálja a nők érdekeit. A szakemberek és szervezetek számára nyújtott gyakorlati példák és ajánlások célja azt elősegíteni, hogy minél érzékenyebb, inkluzívabb és hatékonyabb válaszokat adhassanak a nők humanitárius helyzetekben felmerülő szükségleteire.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetet mondani a programban résztvevő minden munkatársnak a nők támogatása melletti elkötelezettségükért és az EMMA Egyesület összes munkatársának, amiért számíthattunk egymásra ebben a kihívásokkal teli időszakban. Köszönjük a partnerszervezeteknek az együttműködést és a kölcsönös tanulás lehetőségét, a pénzügyi támogató szervezeteknek pedig, hogy biztosították a kiszolgáltatott nők szexuális és reproduktív egészsége érdekében végzett munka anyagi feltételeit.

Végül szeretnénk kifejezni hálánkat azoknak a nőknek, akikkel a program tevékenységei során kapcsolatba kerültünk. Köszönjük, hogy bizalmukba avattak bennünket, hogy megosztották velünk a nehéz és az örömteli élményeiket, és hogy erejükkel, kitartásukkal példát mutattak. Az ő személyes történeteik és bátorságuk nélkül ez a kézikönyv nem születhetett volna meg.

2 EMMA Közhasznú Egyesület – Etikai kódex (ld. Függelék 5.5 fejezet)

1.
ESETLEÍRÁSOK

Munkánk középpontjában a nők állnak: célunk, hogy megértsük helyzetüket, feltérképezzük szükségleteiket, és ezekre valós válaszokat adjunk. Szeretnénk ezt a szemléletet azáltal is képviselni, hogy e kézikönyv első fejezetét a nők történeteinek szánjuk. Mindenkit arra hívunk, hogy az olvasással „lépjenek oda" a nőkhöz, ismerjék meg őket és a kihívásokat, amikkel szembe kellett nézniük azután, hogy elmenekültek háború sújtotta országukból.

A történeteket úgy válogattuk össze, hogy a nők szexuális és reproduktív egészséghez kapcsolódó szükségleteinek ellátása érdekében végzett és végzendő sokféle tevékenységet be tudjunk mutatni rajtuk keresztül. Az esetek többsége magyar anyanyelvű, Kárpátaljáról menekült roma nőkhöz kapcsolódik, ugyanakkor az ukrán anyanyelvű klienseinkkel végzett munkánkat is illusztrálják egyes történetek.

A történetek minél pontosabb rekonstruálását a tevékenységünk során vezetett esetnaplók[3] tették lehetővé. A válogatásban igyekeztünk minél többféle helyzetet lefedni. Az itt leírt esetekre, az összetett élethelyzeteket és ellátási helyzeteket jellemző különböző aspektusokra a későbbi fejezetekben rendszeresen visszahivatkozunk majd.

Minden nő nevét és a történetük egyes körülményeit is megváltoztattuk annak érdekében, hogy megőrizzük személyes adataik bizalmas jellegét.

3 A Függelékben (5.4 fejezet, Esetnapló sablon) elhelyeztünk egy esetnapló sablont, amelyből látható, hogy milyen módon adminisztráltuk a nőkkel folytatott interakciókat és ügymeneteket.

NATASA

Kulcsszavak: ***ukrán anyanyelvű várandós nő; Magyarországon élő partner; nyelvi akadályok; szociális háló hiánya; bántalmazó kapcsolat; ellátási hiányosságok (védett ház); rendőrségi feljelentés; poszttraumás stressz zavar; partnerszervezetek közötti együttműködés***

Natasáról az egyik partnerszervezetünkön keresztül szereztünk tudomást. Azzal a kéréssel fordultak hozzánk, hogy segítsük őt becsatornázni a várandósgondozási rendszerbe. Már előrehaladott volt a várandóssága, az ukrán orvosi papírjai elvesztek, Magyarországon még nem látta orvos. Lakhatása ideiglenes volt és nem volt alkalmas egy újszülött fogadására. Natasa egyedül vállalta a gyermeket, az apa nem akart részt venni a gyerek felnevelésében. Az esetet delegáló partnerszervezettel együttműködésben vállaltuk, hogy megszervezzük Natasa egészségügyi ellátását és pszichoszociális támogatását, ők pedig igyekeznek anyaotthont keresni neki. Hamar visszajeleztek nekünk arról, hogy az anyaotthonok csak rendezett társadalombiztosítási háttérrel tudnak felvenni bárkit. Natasa esetében (és sok más menekült nő esetében) ez nem állt fenn, így anyaotthonban való elhelyezésére nem volt mód. A lakhatását más úton kellett megoldani. Közbenjárásunkra az egyik nemzetközi humanitárius szervezet rövid távon rendezni tudta Natasa lakhatását.

Natasa támogatása a szülésig hátralévő időben magában foglalta a vizsgálatokra kísérést, a szülésre való felkészítést, illetve a szükséges tárgyi eszközök beszerzését. Emellett biztosítottunk számára egy szüléskísérő dúlát is, akivel együtt tudott készülni a szülésre és aki vállalta, hogy ott lesz vele a vajúdás óráiban.

A szülés rendben lezajlott, Natasa egészséges újszülöttnek adott életet. Az akkori tervünk az volt, hogy segítünk neki a gyermekágyas hetekben; összekötjük a gyermekorvossal, védőnővel; és segítünk abban is, hogy a baba megkapja a születési anyakönyvi kivonatát – aztán pedig lezárjuk vele a támogatói kapcsolatot. A gyermekorvossal való összekötés azonban nem volt zökkenőmentes: az orvos egyáltalán nem mutatkozott segítőkésznek, teljesen elzárkózott az egészségügyi dolgozóknak fenntartott telefonos tolmácsvonal használatától, csak magyarul volt hajlandó beszélni a jelenlévő munkatársunkkal, az anyát szándékosan ignorálta. Emellett türelmetlenül, bántó módon és fenyegetően viselkedett Natasával szemben, alkalmatlannak tartva őt a szülői szerepre. Ezért a további kísérése és szorosabb támogatása vált szükségessé annak érdekében, hogy elkerüljük az esetleges félreértésekből eredő gyermekvédelmi intézkedéseket. Natasa egyre kimerültebbé vált az éjszakázások és a szakadatlan gyermeksírás következtében, és az időről időre felbukkanó apától egyre több segítséget kezdett elfogadni.

Idővel kiderült, hogy az apa érzelmileg bántalmazó módon viselkedett, ezért az esetkezelésbe be kellett vonni bántalmazott nőket támogató civil szervezeteket is. A felkínált támogatási formák közül Natasa nyitott volt a segítő beszélgetésre, a felajánlott terápiás lehetőségre és arra is, hogy valaki rendszeresen látogassa őt a támogató szervezetektől.

Megnyugtatta az is, hogy létrejött egy „riadólánc” és tudta, kiket tud bármikor értesíteni, ha a férfi újra megjelenik. Mindezek mellett jelezte, hogy amint lehet, szeretné elhagyni az országot, ezért mielőbb intézzük el a kisbaba anyakönyvét és állampolgári elismerését. Ezt az ügymenetet el is indítottuk akkor.

Később a fizikai bántalmazás gyanúja is felmerült az apával kapcsolatban, ezért további krízisintervencióra volt szükség, amely során egy új, biztonságos szállás biztosítása és jogi intézkedés (köztük rendőrségi feljelentés) is elengedhetetlenné vált. Az átélt traumák és a mentális állapotának romlása miatt Natasának pszichiátriai támogatásra is szüksége lett.

Az ügykezelésben részt vevő szervezetek igyekeztek mindent megmozgatni annak érdekében, hogy olyan helyre kerülhessen Natasa az újszülöttel, ahol biztonságban vannak mindketten és ahol 0–24 órás támogatást és szakmai felügyeletet kaphatnak. A védett házak szűkös kapacitása mellett Natasa helyzetét tovább nehezítette, hogy az elhelyezéséhez társadalombiztosítási jogviszonyra lett volna szükség (csakúgy, mint az anyaotthonok esetében). Egyetlen olyan intézményt sikerült találni, ahol ennek hiányában is befogadták volna, de ott a pszichiátriai előzmény lett a kizáró ok, illetve az, hogy 0–24 órás felügyeletet nem tudtak volna biztosítani. Alternatíva híján Natasáék egy ukrán menekülteket befogadó szálláshelyre kerültek.

A menekültszálló földrajzi elhelyezkedése miatt személyes jelenlétet már nem tudtunk biztosítani Natasa számára, de gyermekágyas támogatásra (szoptatással, gyermekgondozással kapcsolatos témákban nyújtott információk és pszichoszociális támogatás) számíthatott online és telefonon is. Emellett a szállást biztosító szervezet is fordulhatott hozzánk háttértámogatásért, és elláttuk őket a Natasa és a kisbaba higiénés szükségleteit kielégítő adományokkal.

A támogatói kapcsolat lezárását megelőzően még segítettünk abban, hogy a kisbaba megkapja az ukrán állampolgárságot és legyen úti okmánya. Natasa nem sokkal később a gyermekével együtt elhagyta az országot. A történetüket kilenc hónapon keresztül követtük nyomon.

VANDA

Kulcsszavak: ***kísérő nélküli kiskorú várandós; magyar anyanyelvű menekült roma nő; Magyarországon élő partner; bürokratikus akadályok; gyámsági ügyintézés***

Vandáról egy menekültszállón dolgozó önkéntestől szereztünk tudomást, aki az ukrán menekült nőknek fenntartott telefonvonalunkat hívta. Elmondta, hogy lakik náluk egy fiatal (lassan nagykorú) lány, Vanda, aki minden bizonnyal várandós. Ők csak szállást biztosítottak, esetgondozásra nem volt kapacitásuk, ezért Vanda egyedül próbált eljutni orvosi vizsgálatra. Azonban mivel kiskorú volt még és kísérő nélkül érkezett, a körzeti

rendelőben visszautasították az ellátását. Egy gyermek nőgyógyászati rendelést is felkeresett, de időközben ott megszűnt az ellátás. Ekkor döntöttek úgy a szállón dolgozók, hogy egyesületünkhöz irányítják Vandát.

Egyik munkatársunk ezt követően kiment a szállóra megismerkedni Vandával, aki az első alkalommal bizalmatlan és szűkszavú volt. A későbbi látogatások és az együtt töltött idő során azonban fokozatosan megnyílt.

Vanda egyedül jött át a határon. Nem ismert Magyarországon senkit, ezért közvetlenül azután, hogy megérkezett a pályaudvarra, felhívta egy férfi ismerősét, aki már egy ideje az országban dolgozott. A férfi az első éjszakára befogadta magához Vandát a munkásszállóra, ahol lakott. Annak, hogy a két fiatal együtt töltötte az éjszakát, hamar híre ment a közösségükben, és a helyi normák szerint elvárták tőlük, hogy köteleződjenek el egymás mellett. Ugyan ők még nem álltak készen rá, a közösség normáinak eleget téve, elfogadták a helyzetet, és innentől egy párt alkottak. Néhány hónappal később Vanda várandós lett.

Az esetgondozás során világossá vált, hogy Vanda törvényes képviseletének elrendezése nélkül nem férhet hozzá az egészségügyi ellátáshoz. Mivel közeli rokona vagy gyámja nem volt Magyarországon, partnerszervezetünk jogászának segítségével a fiatal férfi lett a törvényes képviselője. Ugyanakkor a munkavállalási kötelezettségei miatt ő nem tudta elkísérni Vandát az orvosi vizsgálatokra, ezért a férfi egy írásos nyilatkozatban hozzájárult ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók minden szükséges vizsgálatot elvégezhessenek Vandán és felhatalmazta munkatársunkat, hogy elkísérje helyette a várandós lányt ezekre a vizsgálatokra. Ez azt jelentette, hogy egy munkatársunknak a várandósgondozás minden lépésénél személyesen is ott kellett lennie Vanda mellett. Mire a papírok elrendeződtek, és Vanda végre hozzáférhetett az orvosi ellátáshoz, addigra három hónapos várandós lett, ezért gyorsan és hatékonyan kellett cselekedni ahhoz, hogy az esedékes (és időérzékeny) vizsgálatokat néhány napon belül pótolják.

Nem sokkal azután, hogy felvettük a kapcsolatot a várandósgondozást végző szakemberekkel, a védőnő jelezte, hogy arra a menekültszállóra, ahol Vandáék éltek, nem fogja engedélyezni a kisbaba hazaadását a szülést követően. Ezért szükségessé vált egy olyan szálláshelyet keresni, ami megfelelt a védőnő által szabott feltételeknek. Vanda terepmunkása felvette a kapcsolatot olyan humanitárius szervezetekkel, akik szálláshelyet is biztosítottak, így viszonylag rövid időn belül sikerült albérletbe költözniük, azonban itt nem maradhattak sokáig. Vanda a várandóssága hátralévő pár hónapjában több különböző helyen is lakott, ami azt jelentette, hogy több alkalommal kellett védőnőt váltania (a védőnői gondozásnál a területi illetékesség a mérvadó). Vanda az aktuálisan új védőnővel való kapcsolatfelvételben és kapcsolattartásban mindig számíthatott munkatársunk segítségére, csakúgy, mint a nőgyógyászati vizitekre és szűrővizsgálatokra való időpontfoglalásban és kísérésekben. A gyakori találkozók alkalmat adtak arra, hogy egy közeli, bizalmi kapcsolat alakuljon ki a terepmunkás és Vanda között, így a pszichoszociális támogatás is folyamatosan biztosított volt számára.

A területileg illetékes nőgyógyász kezdetben lenézően és érzéketlenül bánt Vandával, többek között a származására és élethelyzetére tett bántó megjegyzéseket. Felhatalmazva érezte magát, hogy olyan kijelentéseket tegyen, mint például: *„Miért esett maga teherbe? Hiszen maga még gyerek...”*, *„Minek menekült el, Kárpátalján nincs is háború!”*, *„Felelőtlenség gyermeket vállalni háborús időkben!”*. Munkatársunk közbelépéseinek köszönhetően a kommunikáció idővel javult, és a szülés közeledtével a kezelőorvos már tiszteletteljes volt Vandával szemben.

Vanda kérésére terepmunkásunk – korábbi dúlai tapasztalataira támaszkodva – felkészült arra, hogy támogassa őt a szülés során, de végül csak egy kísérőt engedtek be a szülőszobára, így a gyermek születésekor az apa volt jelen.

A szülés komplikációk nélkül zajlott le, ám a szülést követően Vanda bürokratikus akadályok miatt három hétig a kórházban rekedt. A támogatása ezekben a hetekben a gyermekágyas segítségnyújtás mellett egyszerre igényelt intenzív érzelmi támogatást és adminisztratív ügyintézést. A nehézségeket az okozta, hogy Vanda kiskorúként szült gyermeket, az újszülöttnek így nem volt törvényes képviselője, ezért nem volt kinek kiadni a gyermeket a kórházból. A hazaadáshoz egy gyámügyi eljárás keretében kellett kirendelni mellé gyámot. Ehhez szükség volt a gyermek születési anyakönyvére, amit az illetékes hivatalban nem adtak ki automatikusan. Azt kérték ugyanis, hogy Vanda igazolja családi státuszát (hajadonságát), hogy egyértelmű legyen, a gyermeket kinek a nevére anyakönyvezzék. Ezt a családistátusz-igazolást az ukrán követségen kellett kikérni. Nehezítő körülmény volt egyrészt, hogy Vanda az ügyintézéshez csak az újszülött nélkül hagyhatta el a kórházat, de még ennél is nagyobb probléma volt, hogy ezt a dokumentumot a követség kizárólag ukrán nyelven volt hajlandó kiadni. Ezért még hiteles magyar fordítást is kellett készíttetni róla, aminek tíz munkanap volt az ügyintézési ideje. A fordítás birtokában aztán elkészült az anyakönyv, amit megkapott a gyámügyi hivatal, és végre kirendelték a gyámot az újszülött mellé. Ezt követően – három héttel szülés után – Vanda hazatérhetett a kisbabával. A nem egységes eljárásrendekre jó példa, hogy ugyanebben az időszakban, ugyanebben a városban, egy szintén kiskorú hajadon menekült lánytól nem kértek családistátusz-igazolást, az újszülöttet automatikusan az anya nevére anyakönyvezték, ami így lényegesen lerövidítette az ügymenetet, és nem okozott akkora pszichés megterhelést a frissen szült anyának, mint Vanda esetében a három hét kórházi tartózkodás.

A szülést követő négy hónapban Vanda továbbra is számíthatott a támogatásunkra, amely magában foglalta a szoptatásban és a gyermekgondozásban nyújtott segítséget, illetve a gyermek állampolgárságának és úti okmányának megszerzésében nyújtott támogatást. Miután Vanda nem tervezett a közeljövőben újabb gyermeket vállalni, élt a felajánlott fogamzásgátlási lehetőséggel is. A segítői folyamatot tíz hónap után úgy zártuk le, hogy Vanda magabiztossá vált a gyermekgondozás területén, az újszülött megkapta a kötelező oltásait és személyes okmányait. Alkalomszerűen a kapcsolat lezárását követően is kereste segítőjét anyasággal, gyermekgondozással kapcsolatos kérdésekkel.

RENÁTA

Kulcsszavak: ***magyar anyanyelvű menekült roma nő; Magyarországon élő (időszakosan külföldön munkát vállaló) partner; szülészeti ellátás kihívásai; trauma; visszatérés Ukrajnába; bürokratikus kihívások; megtagadott újszülöttellátás; megélhetési nehézségek; partnerszervezetek közötti együttműködés***

Egy másik ügyfelünk ajánlására kerültünk kapcsolatba Renátával, aki a többedik gyermekével volt várandós. Nagyon talpraesett nőnek ismertük meg, magabiztosan kiigazodott a hazai egészségügyi rendszerben. Amikor először találkoztunk vele, már túl volt a terhességet megállapító vizsgálaton, és a védőnővel is felvette a kapcsolatot. Jelezte is nekünk, hogy a várandósgondozás megszervezése és vizsgálatokra kísérés helyett inkább lelki támogatásra lenne szüksége.

Már az első találkozón megosztotta velünk a korábbi szüléseinek történetét, amelyek során súlyos szövődmények léptek fel. A Renáta által megkérdezett szakember szerint császármetszéssel megelőzhetők lettek volna ezek a traumatikus szülésélmények. Mindezek hatására ezúttal határozottan császármetszéssel kívánta világra hozni gyermekét.

Egy későbbi beszélgetésből kiderült, hogy az az orvos, aki a területileg illetékes rendelőintézetben megállapította a várandósságát, nagyon tiszteletlenül bánt vele, ezért hozzá nem akart visszamenni. Megkért bennünket, hogy keressünk neki egy másik – lehetőleg női – orvost és kifejezte, hogy az is fontos lenne számára, hogy ne végezzenek rajta hüvelyi vizsgálatot minden egyes alkalommal. Amikor felhívtuk a körzeti rendelőintézetet, kiderült, hogy egyáltalán nincs női nőgyógyász a kerületben. Azt javasolták, hogy hívjuk fel a területi kórházat, hátha náluk sikerrel járunk.

A kórház telefonszámát hívva egy férfi orvos vette fel a telefont. Amikor meghallotta, hogy női nőgyógyászt keresünk, visszakérdezett, hogy *„Ha a kismama nem szereti a férfiakat, akkor mégis hogyan esett teherbe?”*. A beszélgetésből egyértelművé vált, hogy az adott kerületben nincs esély doktornőt találni, de arra nem számítottunk, hogy a tiszteletteljes ellátáshoz jutás is kihívás lesz.

Renáta várandóssága során több alkalommal is komplikációk léptek fel. Sokat aggódott a saját és a babája egészsége miatt és folyamatos lelki támogatásra tartott igényt, amit tudtunk is számára biztosítani. Fizikailag is egyre nehezebben bírta a várandósságot, és miután a férje külföldön vállalt munkát, a gyereknevelés és hétköznapok terhén sem tudott kivel osztozni. Miután a gondozását végző orvos hüvelyi szülésre bíztatta, mert – a korábbi szülések orvosi dokumentációjának hiányában – nem látta indokoltnak, hogy császármetszéssel szüljön, Renátában nőttön-nőtt az aggodalom. Attól félt, hogy ha nem műtik meg, akkor komoly egészségügyi kockázatokkal számolhat. Miután a szabályozás szerint térítésmentesen csak a területileg illetékes kórházban szülhetett, olyan orvosokat kerestünk meg másodvéleményért, akik oda tartoztak. Sajnos egyikük sem tudta vállalni,

hogy Renáta császármetszéssel szüljön. Ezek után elhatározta, hogy felkeresi korábbi orvosát, aki megerősítette abban, hogy Ukrajnában minden gond nélkül elvégzik rajta a császármetszést. Renáta ezek után úgy döntött, hogy a gyermekeivel együtt hazautazik.

Renáta egészséges újszülöttnek adott életet, majd a szülést követően hamar vissza is költözött Magyarországra. A visszatérés érzelmileg nagyon megviselte, nehéz volt másodszor is elhagyni az otthonát. Renáta érzelmi állapotát tovább nehezítette, hogy a kisbaba nem szopott és tápszert kellett kapnia, amit a magyarországi gyerekorvos – adminisztratív okokra hivatkozva – nem volt hajlandó neki felírni. Az, hogy Renátát a lelki támogatás mellett tápszeradományokkal is segíteni tudtuk, nagy segítséget jelentett neki ekkor.

Az újszülött egy, az állampolgárságát érintő adminisztratív malőr miatt hónapokig nem jutott egészségügyi ellátáshoz. A körzeti gyermekorvos azon túl, hogy nem írt fel neki tápszert, nem látta el, amikor beteg volt, és a kötelező oltásokat sem adta be neki. Jogászi konzultációk és külsős szociális munkás bevonása révén végül sikerült rendezni az édesanya és a kisbaba egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését is.

Az Ukrajnába hazatérés és az ottani szülés költségei, továbbá a férj munkahelyi kizsákmányolása (ledolgozott munka ki nem fizetése) közvetlenül a szülés után olyan rossz anyagi helyzetbe sodorta a családot, hogy partnerszervezetekhez kellett irányítanunk őket, hogy pénzbeli és élelmiszer-adományokhoz jussanak. A kapott támogatásoknak hála pár hónapot sikerült áthidalniuk, és idővel újra stabilabb anyagi lábakon állhattak.

Renátával 10 hónapon keresztül álltunk kapcsolatban, támogatásának utolsó mozzanata a fogamzásgátlásban nyújtott segítség volt.

VIKTORIIA

Kulcsszavak: ***ukrán anyanyelvű, egyedülálló várandós nő; prostitúciós célú emberkereskedelem áldozata; fogyatékossággal élő várandós; partnerszervezetek közötti együttműködés; ellátásbeli hiányosságok; hatósági beavatkozás hiánya; esetkezelés megszakadása***

Viktoriiáról az egyik nemzetközi humanitárius szervezeten keresztül szereztünk tudomást. Nem volt vele közös nyelvünk (csak ukránul beszélt), és iratok nélkül érkezett egy harmadik országból, ahol prostitúcióra kényszerítették. Mivel nem közvetlenül Ukrajnából érkezett, ki akarták utasítani az országból. Legális magyarországi tartózkodásához jogvédők nyújtottak segítséget.

A kapcsolatfelvétel idején várandós volt. Tudomásunkra jutott, hogy egyik partnerszervezünk korábban már segített neki nőgyógyászati ellátáshoz jutni, ahol egészségügyi beavatkozás is történt és ez az élmény jelentős pszichés megterhelést jelentett számára. A későbbiekben pszichológusi konzultáción is részt vett, ahol felmerült annak lehetősége, hogy értelmi fogyatékossággal él. További kivizsgálásra irányították.

A tolmács, aki már korábban is segítette Viktoriiát, jelen volt a vele való első találkozásunk alkalmával is. A beszélgetésből kiderült, hogy a nő nem rendelkezett stabil lakhatással, és ellenérzései voltak az intézményes (védett házi) elhelyezéssel szemben. Valószínűsíthető volt továbbá, hogy volt már egy gyermeke, akit elvettek tőle és kifejezetten félt attól, hogy ezt a gyermekét is elveszítheti. A korábbi szexuális kizsákmányolás miatt orvosi vizsgálatokat javasoltunk neki.

Az első védőnői találkozón Viktoriia zavartnak és bizalmatlannak tűnt. A tolmács csak telefonon tudott segíteni. A kommunikáció félreértésekhez vezetett, melyek komoly érzelmi reakciókat váltottak ki belőle. A látogatás után a védőnő jelezte, hogy amennyiben a nő fogyatékosságát hivatalosan is megállapítják, a gyermek automatikusan állami gondozásba kerülhet. Viktoriiának sajnos nem voltak rokonai Magyarországon, így az ő esetében nem volt mód valamelyik közeli hozzátartozót kirendelni gyámnak. A helyzet komplexitása miatt szakembert vontunk be, aki elmondta, hogy létezik olyan intézményes modell, amely lehetővé teszi fogyatékossággal élő szülő számára a gyermek nevelését. Ez megnyugtató információ volt számunkra, és bizakodásra adott okot.

Az esetgondozás azonban nem sokkal később befejeződött, ugyanis Viktoriia visszakerült abba a környezetbe, ahonnan korábban elmenekült. A tolmács elmondása alapján a férfi, aki korábban kizsákmányolta őt, újra megjelent, és nyomást gyakorolt rá. Viktoriia ennek következtében segítséget kért a terhesség megszakításához, de az előrehaladott várandósság miatt erre már nem volt mód. Az egyik Viktoriiát támogató szervezet ezen a ponton felvette a kapcsolatot a hatóságokkal, de mivel a nő hivatalosan nem minősült cselekvőképtelennek, és önként távozott a férfival, nem történt hivatalos beavatkozás.

Később, amikor Viktoriia ismét megjelent Magyarországon, napokig fedél nélkül maradt. A várandósság utolsó időszakát végül felügyelet alatt, egy humanitárius szálláshelyen töltötte. A szülés után a gyermeket nem vehette magához, de szándékában állt, hogy később kapcsolatot építsen vele.

SZOFIA

Kulcsszavak: ***ukrán anyanyelvű, oroszul is beszélő várandós nő; Magyarországon élő partner; ellátásbeli hiányosságok; betegjogok súlyos megsértése; munkáltatói visszaélés***

Szofia egy menekült sorstársa ajánlására, közvetlenül kereste meg az egyik munkatársunkat. A megkeresés idején a program épp maximális kapacitással működött, ezért Szofiát várólistára tudtuk csak felvenni. A várakozási idő ekkor körülbelül 1-2 hét volt, és tudtuk, hogy őt már a frissen munkába álló orosz anyanyelvű munkatársunk fogja segíteni.

Szofia a kapcsolatfelvételkor már előrehaladott várandós volt. Azért keresett meg bennünket, mert akadályokba ütközött, amikor orvosi ellátáshoz szeretett volna jutni. Nem volt még sem háziorvosa, sem nőgyógyásza, sem védőnője, sem terhességi kiskönyve. Munkatársunk első lépésben kikereste, kik az illetékes szakemberek, és időpontot foglalt mindenkihez. Szofia az ország egy olyan területén lakott, ahol nem tudtunk személyes kísérést biztosítani számára, de telefonon tartottuk vele a kapcsolatot: minden fontos információval elláttuk, összekötöttük a megfelelő szakemberekkel, továbbá a vizsgálatok, konzultációk idejére telefonos tolmácsolást biztosítottunk számára. A későbbiekben jogi ügyintézésben is szüksége lett segítségre, ugyanis elbocsátották a magyarországi munkahelyéről, így tartózkodási engedélyének jogalapja megszűnt, ezért menedékes státuszért akart folyamodni. Emellett a gyermek anyakönyvezéséhez családi státusz igazolásra volt szüksége. Mindezek előkészítésében és ügyintézésében is számíthatott a támogatásunkra.

Egy háziorvosi vizit alkalmával, amikor munkatársunk tolmácsolt az orvos és Szofia között, kiderült, hogy van valami eltérés a laborleletben, de az orvos nem akarta elmondani, hogy pontosan mi. További vizsgálatokra irányította Szofiát, aki másnap el is ment, és felhívta onnan kolléganőnket. Diagnózis itt sem hangzott el, csak annyi, hogy a férje is jelenjen meg másnap a rendelésen. Szofia nagyon kétségbeesett, nem tudta, mi történik, mire számítson, félt, hogy valami komoly baj van.

A következő rendelési időben, amikor végre információt kaphatott volna az orvostól, a rendelés elmaradt, ezért Szofia úgy döntött, hogy hazatelefonál Ukrajnába a régi orvosának és megkérdezi, hogy szerinte mi lehet a probléma. A doktor megnyugtatta, hogy vélhetően Csernobil miatt az egyik laborértéke emelkedett, ami már az előző várandósságánál is így volt, és nincs oka aggodalomra. A rendelőből ugyanakkor telefonáltak neki, hogy feltétlen menjen be másnap egy injekcióért és mindenképp jelentkezzen 3 hónappal később egy újabb adagért. Diagnózist ekkor sem közöltek vele, miközben feltételezhető volt, hogy egy nemi úton terjedő fertőzés gyanúja áll a háttérben. Szofia végül nem tudta meg, hogy mit állapítottak meg nála, és mire kapott injekciós kezelést.

A szülés beindulásakor Szofia a munkatársunkat értesítette elsőként, és megkérte, hogy hívja ki hozzá a mentőt. Még a szülőszobáról is hívta kolléganőnket fordítani, aztán napokig nem lehetett hallani róla. Pár nappal a szülés után egy üzenetváltásban számolt be Szofia arról, hogy szülés közben eltávolították a méhét. Az üzenetváltás legfájóbb pontja az volt, hogy Szofia kifejezte, maga sem érti, mi történt, miért volt erre szükség, mert senki nem tájékoztatta. A szülést követően Szofiának nagy szüksége volt lelki támogatásra a történtek feldolgozásához, ezért kolléganőnk személyesen is meglátogatta, és továbbra is támogatta telefonon keresztül.

A gyermekágyas időszakot tovább nehezítette, hogy az apa munkahelyén súlyos visszaélések történtek. A munkáltató azzal fenyegette az ukrán dolgozókat, hogy felmondás esetén öt napra haza kell utazniuk Ukrajnába, amit a hadkötelezettség miatt nem kockáztathattak. Így teljesen kiszolgáltatott helyzetbe kerültek. Munkatársunk több forrásnak utánanézett, és kiderült: valóban életbe lépett egy szabály, amely szerint azoknak, akik a háború előtt érkeztek, a munkaviszony megszűnése után öt napon belül új állást kell találniuk, különben haza kell térniük vagy kitoloncolás fenyegeti őket. Ez a rendelkezés rendkívüli hatalmat adott a munkaadók kezébe.

A szülést követő hónapokban Szofiának abban is támogatásra volt szüksége, hogy az újszülött menedékes státuszt kapjon, hozzáférjen a szükséges gyermekorvosi vizsgálatokhoz és oltásokhoz, illetve, hogy rendeződjenek a baba személyes iratai (születési anyakönyvi kivonat, ukrán állampolgárság). Az adminisztratív ügyintézés nagyon elhúzódott, a szokásos 3-4 hét helyett végül 14 hétbe telt, ugyanis az anyakönyvet kétszer is rosszul állították ki a hivatalban. Segítségünkkel Szofia megigényelte azt a pénzbeli támogatást is, amire jogosult volt a szülést követően. A támogatói kapcsolatot a megismerkedést követő 7. hónapban zártuk le.

ENIKŐ

Kulcsszavak: ***ukrán–magyar kettős állampolgárságú, magyar anyanyelvű menekült roma nő; Magyarországon élő partner; egészségügyi ellátás megtagadása; veszélyeztetés; koraszülés; érdekérvényesítés; betegjogok megsértése***

A várandós Enikővel véletlenül, az idegenrendészeten futott össze munkatársunk, aki egy másik ügyfelünket kísérte menedékes kártyát kérvényezni. Miután a két nő ismerte egymást, Enikő bemutatkozott munkatársunknak és megkérdezte, hogy segítene-e neki is eligazodni az egészségügyben, ugyanis már több mint egy hónapja érkezett Magyarországra, de nem jutott még ellátáshoz.

Enikő ukrán–magyar kettős állampolgársággal rendelkezett. Ekkor már tisztában voltunk azzal, hogy a kettős állampolgárok milyen gyakran ütköznek akadályokba, amikor orvosi ellátást próbálnak igénybe venni. Miután ők magyar állampolgárok is, nem kérvényezhettek menedékes státuszt, de hivatalosan minden ellátás ugyanúgy járt nekik is, ha bizonyítani tudták, hogy a háború elől menekültek Magyarországra. Ezt az útlevelükben lévő, a háború kitörését követő dátumról szóló pecséttel tudták igazolni, illetve azzal, hogy a magyar lakcímkártyájukon a bejelentett lakóhelyüknél külföldi (ukrán) cím volt feltüntetve. Csakhogy a határátlépésnél történő pecsételés – főleg a menekülthullám elején, amikor nagyon sokan indultak meg a határ felé – egyrészt nem volt bevett gyakorlat, másrészt a kettős állampolgárok a magyar határt rendszerint a magyar útlevéllel léptek át, amibe ilyen esetben nem szoktak pecsételni. Azok, akik ilyen formán nem tudtak megfelelni a rendeletben előírt feltételeknek, hiába hagyták el kényszerből a hazájukat, nem juthattak térítésmentes orvosi ellátáshoz.

Enikőnek mindenekelőtt szüksége volt egy nőgyógyászati konzultációra és ultrahangra. Miután a körzeti rendelőintézetben egy hónapos volt a várólista, ami egy gondozatlan várandós esetében nagyon sok idő, munkatársunk egy magánorvosi vizsgálatra foglalt neki időpontot. A vizsgálaton mindent rendben találtak. A magánorvosi gondozás a várandósság teljes idejére nagyon költséges lett volna, ezért mindig csak egy-egy ilyen vizsgálatra tudtuk elvinni a nőket, indokolt esetben; és amilyen rövid úton csak lehetett, becsatornáztuk őket az állami egészségügybe. A magánorvosi vizsgálatot követően Enikő esetében is így tettünk. Mivel Enikő korábban nem jutott be az állami rendelésre, tudtuk, hogy őt mindenképpen személyesen kell majd elkísérnünk az adott időpontra. Ekkorra már több egyeztetést is magunk mögött tudhattunk jogászokkal, így munkatársunk „felvértezve” érkezett a rendelésre.

Több mint fél évvel a háború kitörését követően sok kettős állampolgár – így Enikő is – állandó lakcímet létesített Magyarországon. Erre sok család esetében azért került sor, mert szükség volt rá a magyarországi boldoguláshoz; például a gyerekek intézménybe (bölcsőde, óvoda, iskola) íratásához, vagy hogy idővel el tudják kezdeni maguk után fizetni a társadalombiztosítást, amire az állandó lakcím létesítését követő egy év leteltével nyílt lehetőség. Ezek a kettős állampolgárok – állandó magyar lakcím birtokában – viszont már nem estek a menedékes státusszal rendelkező honfitársaikkal azonos megítélés alá, ezért amíg nem lett társadalombiztosítási jogviszonyuk, nem kaphattak térítésmentes egészségügyi ellátást. A rendelőintézetben erre hivatkozva tagadták meg az ellátást, figyelmen kívül hagyva azt a jogszabályt,[4] amely a Magyarország területén lakóhellyel rendelkező magyar állampolgárságú várandós nők számára garantálja a térítésmentes terhesgondozást. Munkatársunk, aki elkísérte Enikőt a vizsgálatra, ismertette ezt a tényt a rendelésen; az illetékes doktornő azonban mégis megtagadta Enikő térítésmentes ellátását és felszólította kolléganőnket, hogy hagyja el a rendelőt és *„a folyosón olvasgassa a jogszabályokat”*.

4 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről

Munkatársunk nem hagyta annyiban a dolgot, és a rendelőintézet főigazgatóságán és a betegjogi képviselőnél is panaszt tett az ügyben. Hiába adtak neki igazat mindketten szóbeli egyeztetéskor, válaszlevelében a rendelőintézet helybenhagyta a nőgyógyász (jogszabályokkal nem összeegyeztethető) véleményét, mely szerint Enikő nem volt jogosult térítésmentes várandósgondozásra. Ezek után gyors újratervezésre volt szükség az ellátáshoz való hozzáférés biztosítására, és végül úgy oldottuk meg a helyzetet, hogy segítettünk Enikőnek szociális alapon megigényelni a tajkártyát. Mindeközben, mivel jogsértésre került sor, és tisztában voltunk vele, hogy enélkül is el kellett volna látniuk őt, levélben fordultunk a Nemzeti Népegészségügyi Központ Igazgatási Főosztályához, hogy Enikő ügyét vizsgálják felül.

Közben igyekeztünk a körzeti kórházban leszervezni Enikőnek egy ultrahangvizsgálatot, bízva abban, hogy számukra nem lesz kérdés Enikő jogosultsága az ellátásra. Ott minden gond nélkül fogadták is. A területileg illetékes védőnő sem utasította vissza Enikő ellátását. A védőnői gondozásba vételét követően derült ki, hogy Enikőnek olyan jellegű egészségügyi problémája volt az első gyermeke születését követően, ami miatt a jelenlegi várandóssága magas kockázatúnak minősült, és fokozottan oda kellett volna figyelni rá a gondozás során. Az információ birtokában még egyszer megpróbáltuk Enikőt ellátáshoz juttatni az állami nőgyógyászati rendelésen, de ezt a továbbiakban is megtagadták, ezért egy magánlaborba vittük kivizsgálásra.

Az egészségügyi ellátásra való jogosultságot igazoló dokumentum végül a kérelem beadása után hat héttel érkezett meg – ugyanazon a napon, amikor Enikő, a szülés idő előtti beindulása miatt, kórházi ellátásra szorult. A szülés komplikációmentesen zajlott, a kórházi személyzet segítőkészsége pedig különösen pozitív élményként maradt meg Enikőben a korábbi elutasítások után. Miután a védőnő leszögezte, hogy csak akkor hagyja jóvá a csecsemő hazatérését, ha a család beszerez bizonyos eszközöket (pl. légzésfigyelőt), a kórházban töltött napjaik alatt mi bevásároltunk minden, a kisbaba hazaadásához szükséges eszközt.

Később a Népegészségügyi Hatóság válaszlevelében megerősítette, hogy Enikőnek a szociális alapon járó jogosultság megszerzése előtt is járt volna az ellátás; és elmarasztalták a rendelőintézetet, amiért ezt megtagadták tőle. Az ügy ezzel nemcsak egyéni szinten zárult le megnyugtatóan, hanem rendszerszintű visszajelzést is adott a hiányosságokról.

A kisbaba a szülés után nem sokkal egy enyhe légúti fertőzés miatt kórházi ellátásra szorult. Az ellátása során derült fény arra, hogy Enikőnek (a gyermek fertőzésével nem összefüggő) kezelést igénylő, komoly fertőzése van, amiről ő akkor hallott először. Később derült ki, hogy az erről szóló adat a szülés után kapott zárójelentésben fel volt tüntetve, azonban Enikőt erről senki sem tájékoztatta. Állapota hamar romlani kezdett, ezért orvosi kivizsgálásra és kezelésre került sor egy szakrendelőben. A történtek rámutattak arra, hogy ha a várandóssága során időben és megfelelően hozzáfért volna az egészségügyi ellátáshoz, nagy valószínűséggel korábban megkezdődhetett volna a kezelése is.

A gyermekágyas hetekben Enikőt higiénés és gyermekgondozáshoz szükséges adományokkal támogattuk, segítettünk elrendezni a kisbaba dokumentumait, továbbá elintéztük, hogy Enikő megkapja a szülés után járó pénzügyi támogatásokat, és támogattuk az egészségügyi kezelés megkezdésében. A gyermekágyas időszak lezárultával Enikő szerette volna, ha a fogamzásgátlásban is segítünk neki, ezért megszerveztünk neki egy ezzel kapcsolatos orvosi vizsgálatot és a hozzáférést az általa választott eszközhöz. A támogatását nyolc hónap után zártuk le.

EVELIN

Kulcsszavak: ***ukrán–magyar kettős állampolgárságú, magyar anyanyelvű menekült roma nő; Magyarországon élő partner; terhességmegszakítás; időnyomás; váratlan egészségügyi akadályok; helyettesítés; meghiúsult fogamzásgátlás***

Evelin egy barátnőjétől hallott a tevékenységünkről, és e-mailben keresett meg bennünket. Vidéken élt, ukrán–magyar kettős állampolgár volt, és abortuszhoz való hozzáférésben kérte a segítségünket. Az első kapcsolatfelvétel alkalmával elmondtuk neki, hogy Magyarországon mi az eljárás menete, és hogy a műtétre a terhesség 12. hetéig sor kell kerüljön. Mint kiderült, már volt időpontja terhességmegállapításra, ezért arra kértük, hogy jelentkezzen azután, hogy megtörtént a vizsgálat.

Amikor Evelin visszahívott bennünket, már csak négy hete maradt arra, hogy a terhességmegszakítás feltételéül szabott minden szükséges konzultáción és vizsgálaton részt vegyen. Azokban az esetekben, amikor terhességmegszakítással kapcsolatos megkeresést kaptunk, át kellett gondolnunk, hogy ki az a munkatárs, aki átmenetileg képes lesz sok időt és energiát fordítani egy ügyfélre. Ezek az ügyek ugyan rövidebb kísérést igényeltek egy várandós nő támogatásánál, viszont adott időn belül intenzívebb vállalást jelentettek, így időszakosan helyettesítéseket, más munkatársak „beugrását” is szükségessé tehették. Ezért a vállalást egyéni és csapatszinten is mérlegelni kellett.

Munkatársunk az Evelinnel való közvetlen kapcsolatfelvételt követően igyekezett minél hamarabbra időpontot foglalni a családvédelmi szolgálathoz (CSVSZ) első konzultációra. Több helyre is telefonált, de miután mindenhol más napokon és más (meglehetősen szűk) időintervallumokban fogadták csak a hívásokat, ráadásul nyár volt, a szabadságolások ideje, így az első napon nem járt sikerrel. A következő napon aztán a sokadik telefonhívása célba ért, és öt nappal későbbre tudott is foglalni időpontot Evelinnek. Ezáltal pedig el is telt egy hét a rendelkezésre álló négyből.

Az első CSVSZ-látogatás célja jogszabályi előírás szerint az, hogy a nő megtartsa magzatát (így ismertetik a támogatásokat, amiket kaphat; az örökbeadás lehetőségét; valamint a terhességmegszakítás veszélyeit és kockázatait is). A védőnő meglehetősen „kíméletes" volt Evelinnel, és látva azt, hogy a döntés már megszületett benne, igyekezett a lehető legrövidebbre fogni a kötelező mondandóját. Az első és a második kötelező tanácsadás között – törvényi előírás alapján – minimum három napnak kell eltelnie. A védőnő viszonylag rövid határidővel (öt nappal későbbre) tudott is adni időpontot a második konzultációra. Ez idő alatt munkatársunk felkereste Evelinnel azt a kórházat, amit a védőnő javasolt, és megkezdődtek a műtétet előkészítő vizsgálatok.

Már a műtéti időpont is megvolt, amikor munkatársunk hívást kapott a kórházból, hogy egészségügyi akadály merült fel, ezért amellett, hogy ki kell vizsgáltatni Evelint, fel kell keresniük egy másik kórházat is. Munkatársunk több orvost és kórházat is felhívott, hogy ellátáshoz juttassa Evelint, de csak a sokadik próbálkozása járt sikerrel. Evelin végül kapott gyógyszert, és jó esély mutatkozott arra, hogy ha egy héten belül javul az állapota, akkor még időben, a 12 hetes határidő lejárta előtt elvégezhetik az abortuszt.

Evelin kettős állampolgár volt külföldi lakcímmel, így az ellátása egyáltalán nem volt gördülékeny, többször követelt kiemelt érdekérvényesítő munkát. Tovább nehezítette az ügyintézést, hogy a leletei nem voltak elérhetőek online, ezért minden leletet és receptet személyesen kellett kikérni, illetve átvenni.

A második konzultáció rendben lezajlott, és Evelin megkapta a terhességmegszakítást kérelmező nyomtatványt. A családvédelmi szolgálat ilyenkor hivatalból értesíti az adott kórházat, hogy részükről nincs akadálya a műtét elvégzésének. Időközben eltelt egy hét, és megtörtént a kontroll laborvizsgálat. Már karnyújtásnyira került a műtéti időpont, amikor kiderült, hogy Evelin egészségügyi állapota sajnos nem javult, ezért egy további szakemberhez irányították és jelezték, hogy a műtét így nem lesz elvégezhető 12 héten belül. Mivel az egészségi állapota miatt csúszott ki a rendelkezésre álló időből, orvosi jóváhagyással haladékot kapott a 16. hétig.

Ez a fordulat nagyon megviselte Evelint. Félt attól, hogy végül mégis ki kell hordania a terhességet, és attól is tartott, hogy a korábban szedett gyógyszerek árthatnak a magzatnak. Az is aggasztotta, hogy hamarosan érezni fogja a magzat mozgását, ami érzelmileg még nehezebbé tette a helyzetet. Ebben az időszakban fokozott támogatást nyújtottunk neki, munkatársunk aktív jelenléte sokat jelentett számára.

Körülbelül egy hét múlva jó hírek érkeztek a kórházból: Evelin egészségügyi állapota sokat javult, így előjegyezték őt műtétre. Miután ez az időpont jócskán túlnyúlt az eredetileg tervezett időkereten és a műtét napján kezdődött az Evelint kísérő munkatársunk külföldi szabadsága, gyorsan meg kellett szervezni a helyettesítést. Egyik munkatársunk reggel bekísérte őt a kórházba, míg három másik egy Evelinnel közös üzenetküldő csoportban várta a híreket, hogy mikor van szükség a segítségre. Így amikor Evelin jelezte, hogy hazamehet, volt olyan munkatárs, aki el tudott érte menni és aznap este már haza is vihette őt a családjához.

A műtét után Evelin jelezte, hogy szeretne hosszú távú fogamzásgátló megoldást, ezért időpontot foglaltunk neki spirál felhelyezésére. A nőgyógyásznál azonban kiderült, hogy egy aktuális fertőzés ezt nem teszi lehetővé. Később lakóhelyet váltottak, így az ellátása még nehezebbé vált. Bár az új helyen akadt egy helyi segítője, végül nem sikerült időben nőgyógyászhoz jutnia. Jelezte, hogy vállalná az utazást annak érdekében, hogy a segítségünkkel megkaphassa a fogamzásgátló eszközt, de a megbeszélt napon családi konfliktus miatt nem tudott eljönni. Egy későbbi időpontot is felajánlottunk számára, de mint később megtudtuk, a férje nem támogatta a spirál felhelyezését, ezért arra végül nem került sor. Evelinnel mintegy fél évig tartottuk a kapcsolatot.

IZABELLA

Kulcsszavak: ***kiskorú várandós; magyar anyanyelvű menekült roma nő; Magyarországon élő partner; bántalmazó kapcsolat; partnerszervezetek közötti együttműködés; szülészeti erőszak***

Izabellát egy olyan civil szervezet munkatársa irányította hozzánk, amelynek Izabella családja már kedvezményezettje volt és amely szociális munkával is segítette a boldogulásukat. A megkeresés abban az időszakban érkezett, amikor már csökkent kapacitásokkal működött a program, és nem vállaltunk összetett esetkezelést. Izabella ügyét azért is tudtuk elvállalni, mert számíthattunk rá, hogy kap segítséget a másik támogató szervezet szociális munkásától.

Az első találkozást megelőzően vált valószínűvé, hogy Izabella várandós. A lány szerette volna megtartani a babát, az anyja viszont – az élethelyzetüket és Izabella kiskorúságát figyelembe véve – aggályait fejezte ki a döntéssel kapcsolatban. Az első konzultáció során informáltuk őket a várandóssággal és a terhességmegszakítással kapcsolatban is, illetve – a kiskorúságra való tekintettel – a gyermekvédelmi rendszer működéséről.

A látogatást követően időpontot foglaltunk Izabellának a védőnőhöz és a körzeti nőgyógyászat rendelésére, hogy legyen orvosi lelete arról, gyermeket vár. A vizsgálat azonban meghiúsult, mert az orvos ragaszkodott a hüvelyi vizsgálathoz és ultrahanghoz, amit Izabella mindenképp szeretett volna elkerülni, így az orvos az együttműködés hiányára hivatkozva visszautasította az ellátást. Ráadásul az orvos negatív, minősítő megjegyzéseket is megfogalmazott, aminek következtében Izabella elveszítette bizalmát az orvossal szemben. Időbe telt, mire az állami ellátásban egy jó szemléletű nőgyógyászt találtunk számára, ezért soron kívül elkísértük egy magánorvosi vizsgálatra, hogy mielőbb beigazolódjon a várandósság ténye. A vizsgálattal egy időben megszületett a döntés is arról, hogy Izabella megtartja a babát.

Ezzel párhuzamosan rendszeresen eljárt hozzánk a fogadónapra édesanyjával, ahol támogató beszélgetésekkel segítettük őket, de ilyen jellegű támogatásért, megerősítésért a telefonos vonalunkat is gyakran hívták. Emellett felvilágosító beszélgetéseket is folytattunk velük a női anatómiával, egészséggel és fogamzásgátlással kapcsolatban, illetve szülésfelkészítésen is részt vettek. Aktív kapcsolatban voltunk és rendszeresen egyeztettünk a család szociális munkásával is annak érdekében, hogy összefogással a lehető legteljesebb támogatást tudjuk nyújtani Izabellának.

Erre a szoros együttműködésre akkor is támaszkodhattunk, amikor a család lakhatása bizonytalanná vált, és a párja bántalmazta Izabellát. Egy tapasztalt munkatársunk bevonásával, valamint az Izabellát támogató civil szervezettel együttműködve sikerült biztonságos körülményeket kialakítani számára.

A terhesség vége felé kórházi bent fekvést javasoltak Izabellának idő előtti magzatburok repedés gyanújára hivatkozva, de a bánásmód miatt és mert a diagnózis nem igazolódott, a fiatal lány néhány nap elteltével (az édesanyja jóváhagyásával) önként elhagyta az intézményt. A további vizsgálatok során nem igazolódott a burokrepedés. Ezt a kezelőorvosa is megerősítette, azt azonban javasolta, hogy a szülésig hátralévő időben Izabella járjon vissza a kórházba a magzati szívhang hallgatására és ultrahangra.

Amikor első alkalommal visszatért a kórházba ezekre a rutinvizsgálatokra, komoly jogsértéseket kellett elszenvednie. Az egészségügyi dolgozók nem tartották tiszteletben a vizsgálat körülményeire vonatkozó kéréseit, a törvényes képviselője távollétében végeztek rajta olyan vizsgálatot, amelyhez nem kaptak felhatalmazást és amely ráadásul fizikai sérüléssel is járt. Ezt követően másik kórházhoz fordultak, ahol korrekt és támogató ellátásban részesült, és végül itt hozta világra gyermekét.

Az eset során felvettük a kapcsolatot egy jogvédő szervezettel is, mivel az anya jogi lépéseket fontolgatott az intézményi visszaélések miatt. A gyermek születése után azonban a család figyelme a baba köré összpontosult, a jogi folyamat háttérbe szorult, de biztosítottuk őket arról, hogy amikor készen állnak majd, számíthatnak a segítségünkre.

A fogamzásgátlásról már sok információt átadtunk Izabellának, de a választott eszközt egyelőre még nem kapta meg, mert a kisbaba mellől nehezen tud eljutni orvosi vizsgálatra. Izabellát végül 11 hónapon át támogattuk.

2.
MÓDSZERTANI IRÁNYMUTATÁS SEGÍTŐ SZERVEZETEK SZÁMÁRA NŐK SZEXUÁLIS ÉS REPRODUKTÍV SZÜKSÉGLETEINEK ELLÁTÁSA KAPCSÁN

2.1. MÓDSZERTANI BEVEZETÉS

2.1.1. Módszertani alapelvek

Humanitárius programunk során elsősorban nők és lányok egy különösen kiszolgáltatott csoportjáról, a kárpátaljai roma közösségről szereztünk tapasztalatokat. Hátrányos helyzetük számos tényező összetett hatásán alapul, amelyek egyrészt társadalmi pozíciójukból, másrészt egyéni élethelyzeteikből fakadnak. Ezek összhatásának eredménye, hogy számos erőforráshoz korlátozott a hozzáférésük, helyzetük marginalizált és stigmatizált. Etnikai hovatartozásuk és az azon alapuló megkülönböztetés és rasszizmus, társadalmi-gazdasági helyzetük, menekültstátuszuk, alacsony iskolai végzettségük, a közösségben és a családban betöltött kiszolgáltatott helyzetük, az információ, ismeretek, támogató rendszerek és a szociális háló hiánya, a jogérvényesítésben tapasztalt többszörös akadályok – ezek a negatív tényezők nem pusztán összeadódnak, hanem egymást sokszorozó hatást fejtenek ki.

Tapasztalataink tehát főképp az e csoport tagjaival végzett munkából származnak. Mindemellett az alábbi alapelveket és módszereket akkor is az olvasó figyelmébe ajánljuk, ha nem kizárólag különösen sérülékeny csoportok tagjainak támogatásával foglalkozik: az a fajta segítői attitűd, ami figyelembe veszi a sokrétű kiszolgáltatottság összetett működésmódját, minden segítő kapcsolatban hasznos, és eredményesebb munkát tesz lehetővé.

Nőközpontúság

A nőközpontú ellátás a szexuális és reproduktív szolgáltatások területén azt jelenti, hogy a nők igényeit, tapasztalatait és jogait helyezi a középpontba, biztosítva a nők számára a teljes körű tájékoztatást, autonómiát és tiszteletet a saját testükre vonatkozó döntésekben. A nőközpontú szemléletet az empátia és a tisztelet, a nőre való odafigyelés, igényei és személyes preferenciái figyelembe vétele, képességeinek – beleértve döntésképességének – felismerése, elismerése és megerősítése, és az informált, önálló döntéshozás támogatása jellemzi. A nővel való kommunikáció minden körülmények között az emberi méltóság tiszteletben tartásán és a nő megélt valóságának, tapasztalatainak elismerésén alapul. A segítő kapcsolat során a kliens nem redukálódik a problémájára, tehát a nőt teljes emberként vesszük tekintetbe, személyiségét és élethelyzetét egészében szemléljük: nem kizárólag az egészségügyi állapota vagy körülményeinek nehézségeket okozó aspektusai határozzák meg a hozzá való viszonyulást. Ez a megközelítés nemcsak a nők testi egészségét, hanem az érzelmi és pszichológiai jóllétét is támogatja.

Feminizmus

A feminista segítő kapcsolat a nők jogait, egyenlőségét és autonómiáját helyezi a középpontba, és figyelembe veszi a társadalmi kontextust: kritikai módon vizsgálja a hatalmi viszonyokat, a nemi szerepeket és a társadalmi igazságtalanságokat, fel- és elismeri a társadalmi működésben jelenlévő hatalmi különbségeket, elnyomó struktúrákat, a megkülönböztetés különböző nemi alapú, társadalmi-gazdasági helyzetből fakadó és egyéb formáit. A tágabb társadalmi környezet figyelembevétele és tudatosítása többek között annak kivédését segíti, hogy (tévesen) csakis egyéni történetekként, véletlen személyes szerencsétlenségekként, vagy akár önhibaként értelmezzük az egyes, támogatást igénylő emberek kiszolgáltatott helyzetét. Ez a szemlélet tehát tekintetbe veszi, hogy a társadalmi jelenségek, csoporthovatartozáson alapuló hatalmi dinamikák fokozottan és koncentráltan jelentkeznek az egészségügyi és szociális ellátásban, valamint azt is, hogy a nők tapasztalatai különböző tényezők mentén (például etnikai hovatartozás, társadalmi osztály) eltérőek lehetnek, és hangsúlyt fektet arra, hogy szem előtt tartsa a marginalizált (társadalmi kirekesztést tapasztaló) csoportok tagjainak sajátos szükségleteit és kihívásait. A segítő olyan támogató közeget alakít ki, amely mentes a megbélyegzéstől, ítélkezéstől vagy szégyentől, és aktívan törekszik a társadalmi közegből eredő hátrányok ellensúlyozására, többek között az informált döntéshozás elősegítésével, tiszteletteljes kommunikációval, és annak támogatásával, hogy a meghozott döntésnek megfelelő, azzal összhangban álló ellátásra kerüljön sor.

Sorstárs segítés

A sorstárs segítés kiindulási alapja, hogy a közös élményekkel rendelkező, azonos közösséghez tartozó vagy hasonló körülmények között élő sorstárs, esetünkben a női lét tapasztalatában osztozó segítő saját megélt tapasztalatai, támogatói készségei és a rendelkezésére álló ismeretei alkalmassá teszik őt arra, hogy egyenrangú bizalmi kapcsolat keretében hatékony támogatást tudjon nyújtani. Ennek a típusú kapcsolódásnak számos

előnye lehet a lelki egészség szempontjából: a sorstársak könnyebben megértik egymást, mivel közös tapasztalatokkal rendelkeznek – ez lehetővé teszi az empátia és a támogatás mélyebb szintjét. Fontos megjegyezni, hogy a sorstárs támogatás nem helyettesíti a szakmai segítséget, de kiegészítheti azt.

Érdemes tisztában lenni azzal és érzékenyen reflektálni arra, hogy maga a segítő kapcsolat eltolódást okoz a hatalmi egyensúlyban a segítő és a segített között, hiszen a segítő rendelkezik helyismerettel, az egészségügyi és más rendszerekkel kapcsolatban nagyon sok fontos információval, anyagi és egyéb erőforrásokkal, amikre a támogatottak gyakran rá vannak utalva. Törekedni kell arra, hogy a segítő ennek ellenére ne kerüljön a tekintélyszemély, a problémamegoldó szerepébe, mert ez is csökkentheti a segített nők kontrollérzetét. Az EMMA humanitárius programjának kiemelt célja a menekült nők és lányok autonómiájának és kompetenciérzésének megerősítése, a képessé tevés, elkerülve a lesajnálást vagy túlsegítést, ami – bár sokszor jószándékú – szintén elveszi a hatalmat és a kontrollt a segített személytől.

A segítő kapcsolat természetéből fakadó hatalmi különbségeket nagy odafigyeléssel, óvatosan egyensúlyozva és folyamatosan újraértékelve lehet csökkenteni, törekedve a biztonságos környezet megteremtésére, ami a lehetőségekhez képest minimálisra csökkenti a hierarchikus viszonyt és kiszolgáltatottságot, és nagy hangsúlyt fektet a női létből, anyaságból fakadó közös tapasztalatokon alapuló szolidaritásra és empátiára. Fontos, hogy a segítő eközben folyamatosan reflektáljon a segítő kapcsolatra, és a kölcsönös bizalom és közelség mellett megmaradjanak a segítő kapcsolat keretei és átláthatósága.

Evidencia alapú információátadás a nőknek

A sorstárs segítő kapcsolatban a tudásmegosztás kevésbé hierarchikus: az információátadás nem kizárólag egyirányú folyamat, hanem tekintettel van a segített nő ismereteire és tapasztalataira. Mindeközben arra is fontos hangsúlyt fektetni, hogy a tudomány állásának megfelelően korszerű, bizonyíték alapú, az aktuális döntési helyzet szempontjából releváns és fontos információk a nő számára a szükséges időben és formában, könnyen érthetően rendelkezésre álljanak. A szexuális és reproduktív egészség és jogok területén az egyes eljárásokra, módszerekre vonatkozó információk korszerűségének és megalapozottságának megállapítására a friss szakirodalom és a nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásait alkalmazhatjuk mérceként. Emellett azonban ne feledjük, hogy felelősségük tudatában a segítők az egészségügyi tanácsadásra vonatkozó kompetenciáik határait nem léphetik át.

Informált autonóm döntések támogatása

A tájékozott és autonóm döntéshozás alapja, hogy az érintett megkapja az adott egészségügyi állapotra vagy helyzetre vonatkozó lehetőségekre, kockázatokra és előnyökre vonatkozó információt, és hogy ez világos, érthető, személyre szabott és kulturálisan érzékeny formában történjen. Emellett érdemes törekedni arra, hogy az információt átadó segítő személy esetleges saját vélekedései ne legyenek hatással a formára vagy a

tartalomra. A cél annak elősegítése, hogy a támogatott fél a döntés során a bizonyíték alapú információkat és a saját életkörülményeit, szükségleteit, személyes preferenciáit egyaránt figyelembe tudja venni.

A kiszolgáltatott csoportok esetében a tájékozott és autonóm döntéshozatal támogatása során tudatában kell lennünk a rendszerszintű akadályoknak is, mint amilyen az előítéletesség, a rasszizmus, a nyelvi nehézségek vagy az egészségügyi intézményekbe vetett bizalom hiánya (bővebben ld. 2.2.2 Az ellátáshoz való hozzáférés akadályai). Ezen akadályok enyhítése és áthidalása érdekében a segítők olyan környezet megteremtésére törekednek, ahol a nő biztonságban érezheti magát; igényeit és érzéseit meghallgatják és tiszteletben tartják; kérdéseit felteheti és azokra érdemi és érthető választ kap – elsősorban a várandósság, szülés, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás kapcsán, de szükség esetén egyéb, nem feltétlenül csak egészségügyi témákban is.

A tájékozott döntéshozás több mint a puszta (rutinszerűen tájékozottnak nevezett, de gyakran előzetes tájékoztatást nélkülöző) beleegyezés, ami jellemzően olyan helyzeteket ír le, amikor a páciens választhat a felajánlott beavatkozás vagy vizsgálat elvégzéséhez szükséges hozzájárulás és annak visszautasítsa között. Ez – például az információk vagy az érdekérvényesítő képesség és lehetőségek hiánya miatt, illetve akár az ellátó személy irányából érkező nyomásgyakorlásból fakadóan – ritkán érződik valódi döntéshelyzetnek. A tájékozott döntéshozás ennél szélesebb körű önrendelkezést és autonómiát foglal magában, és a páciens aktív részvételét jelenti a saját testére, egészségére vonatkozó döntésben; ennek lehetővé tétele nem egyszeri, hanem folyamatos információmegosztást, párbeszédet és támogatást igényel.

Traumatudatosság

Traumának nevezzük, amikor a személy olyan eseményt élt át, vagy olyan eseménynek volt tanúja, vagy olyan, közeli családtagot, barátot érintő eseményről értesült, amelyek tényleges vagy fenyegető halállal vagy súlyos sérüléssel, illetve önmaga vagy mások testi épségének veszélyeztetésével járt (American Psychiatric Association, 2022).

A traumatudatos szemlélet lényege, hogy a sorstárs segítő, illetve az ellátást nyújtó szakember (akár egészségügyi, akár szociális területen dolgozik) tisztában van a trauma egyénekre, családokra és közösségekre gyakorolt hatásaival, képes felismerni annak jeleit, és vannak eszközei arra, hogy ennek tudatában megértéssel és figyelemmel forduljon a pácienshez, klienshez, nőtársához. A traumával kapcsolatos ismereteket a gyakorlatba beépítve a segítő vagy a szakember igyekszik elkerülni a kliens újratraumatizálását. A traumatudatos ellátás olyan környezet megteremtését igényli, ami csökkenti a lehetséges további károkozás esélyét, és – a lehetőségekhez mérten – hozzájárul a gyógyuláshoz.

A traumatúlélők körében gyakori a tekintélyszemélyekkel szembeni bizalmatlanság, a fokozott stresszreakciók, az érzelemszabályozás és a szükségleteik közlésének nehézségei. Ezek akadályozhatják az érintetteket abban, hogy ellátást keressenek vagy kapjanak. Az átélt trauma tehát nagy valószínűséggel befolyásolja a fizikai és mentális egészséget,

illetve alapvető hatással van arra, hogy az érintettek egyáltalán mennyire hajlanak egészségügyi és szociális szolgáltatások igénybevételére, és mennyire tartanak attól, hogy másoktól segítséget kérjenek.

A kiszolgáltatottság, az önrendelkezés lehetőségének hiánya a traumatikus tapasztalatok velejárója. Az egészségügyi ellátásban, különösen a szexuális és reproduktív egészség terén – ahol a testhatárok átlépése gyakran része a rutinvizsgálatoknak – ezek a kérdések még nagyobb hangsúlyt kapnak. Ezért ilyen jellegű szolgáltatások nyújtásakor érdemes fokozottan törekedni a támogatott nők saját erőforrásainak elismerésére, a testükkel és életükkel kapcsolatos döntéshelyzetekben a kontrollérzetük megerősítésére, az újratraumatizálás elkerülésére és az ellátásban jelenlévő mindennapos ártalmak hatásainak csökkentésére, ellensúlyozására.

A szexuális és reproduktív életciklus kontinuuma

A női szexuális és reproduktív egészség nem egymástól elszigetelt események sorozata, hanem a teljes életút során jelenlévő, a menstruációs egészségtől a fogamzásgátlás, várandósság, szülés, vetélés és abortusz kérdésein keresztül a menopauzáig és azt követően is folyamatosan egymásra ható, egymással összefüggő testi és lelki folyamatok összessége. Ezeknek az eseményeknek a szétválasztása, önmagában való kezelése (a korábbi események ismerete nélkül) szem elől téveszti a női egészség összetett, sokrétű természetét, ami ellátási hiányosságokhoz, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályoztatásához, és fel nem fedett, így el nem látott szükségletekhez vezethet, ami káros hatással van nemcsak az adott időpillanatban fellépő egészségügyi helyzetre, hanem a nők és lányok hosszú távú testi-lelki egészségére és életminőségére.

Az alapelvek közötti ütközések feloldása

A hatékony és etikus segítő munkához elengedhetetlen a fenti elvek folyamatos szem előtt tartása. Ugyanakkor – míg törekszünk mindegyik elv megvalósítására – a gyakorlati alkalmazásban ezek olykor ütközhetnek, és előfordulhatnak olyan helyzetek, amikor prioritási sorrendet szükséges felállítani közöttük.

A (legalább valamilyen) egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés a legalapvetőbb szükséglet; előfordulhat, hogy ez a prioritás, ami miatt a fenti elvek háttérbe szorulhatnak. Ilyen lehet például, amikor a kliens nem tudja a szakmailag leginkább javasolható, bizonyítékokon alapuló eljárást választani jogi vagy anyagi okokból (mint a gyógyszeres abortusz vagy a térítésmentesen nem elérhető magzati szűrővizsgálatok). Ilyenkor ugyan megtörténhet az információk átadása, de a kliens informált döntéshozása csak korlátozottan tud megvalósulni, mivel csak a számára reálisan elérhető lehetőségek közül választhat. A családból, környezetből olyan nyomás, elvárás, akadályoztatás érkezhet, ami szintén lehetetlenné teszi a nő számára az autonóm döntéshozást; vagy előfordulhat, hogy olyan erősek az ellentétes irányú erők, hogy rendkívül nehéz eldönteni, hogyan lehet valóban az ő igényeit állítani a támogatás középpontjába. Ha a nő olyan kívánságot fejez ki, ami objektíven nem az ő, hanem mások igényeit vagy érdekeit szolgálja, nehézkes a

nőközpontúság elvét érvényesíteni; ilyenkor az evidencia alapú információ átadásának elve mellett a segítő igyekszik a nő kompetenciaérzését megerősíteni, és a végül meghozott döntésben támogatni (a döntés megszületésének körülményeitől függetlenül).

Gyakori probléma, hogy az egészségügyi rendszer hiányosságai miatt nem sikerül a nőt traumatudatos ellátáshoz juttatni, és a segítő pontosan tudja, hogy az adott egészségügyi szolgáltatás újratraumatizáló lehet, és lelki tekintetben további ártalmakat okozhat. Az elsődleges szempont azonban ilyenkor is az, hogy az ellátás elkerülhetetlen, és akár életmentő is lehet. Ilyen helyzetekben fontos a kliens felé is annak elismerése, hogy ennél jobb, figyelmesebb és tiszteletteljesebb ellátást érdemelne. Amennyiben a nő negatív élményeket és érzéseket osztana meg az ellátás során tapasztalt bánásmóddal kapcsolatban, akkor a visszatükrözés és validálás eszközeit lehet alkalmazni. Az ilyen értékkonfliktusok feloldásakor az alapvető cél, hogy a támogatást igénylő nő szükségleteiből és a reálisan elérhető lehetőségekből induljunk ki. Ez folyamatos egyensúlyozást, kompromisszumkeresést és a prioritások újraértékelését teszi szükségessé. Sokszor el kell fogadni, hogy nem egy tökéletes, hanem egy elég jó megoldást találunk; és érdemes megtanulni értékelni, hogy az is sokkal jobb annál, mint enélkül lett volna.

2.1.2. Módszertani alapeszközök

A nőközpontú sorstárs segítés gyakorlatában számos olyan metaeszköz áll rendelkezésre, amik lehetővé teszik, hogy – függetlenül az adott segítési helyzet konkrét céljától – a segítő kapcsolat megerősítő támogatást nyújtson, hatékony legyen (elérje a célját), és potenciálisan akár a (tágabb értelemben vett) gyógyuláshoz is hozzájáruljon.

Ilyen eszközök az értő figyelem, az ítélkezésmentes és tiszteletteljes kommunikáció és a biztonságos tér fenntartása. Ez azt jelenti, hogy a segítő viselkedését a segítséget igénylő fél felé általánosságban véve a megértés, empátia és odafordulás jellemzi. Ennek jegyében elkerüljük a közvetlen tanácsadást, a problémákra adott kész válaszokat, és a másik fél érzéseinek vagy nehézségeinek lekicsinylését vagy elbagatellizálását; de a helyzethez nem illő pozitív, lelkesítő üzeneteket is, amik szintén meg nem értésként csapódhatnak le benne, vagy elvárásokat közvetíthetnek (pl. *„De legalább életben vagytok!”*, *„Legyél erős!”* helyett *„Köszönöm, hogy megosztottad velem.”*, *„Ez nagyon nehéz lehet.”*).

2.2. KOMPLEX SZEMLÉLET AZ ESETKEZELÉSBEN

2.2.1. A kiszolgáltatottságról a célcsoporton keresztül

A kiszolgáltatott, sérülékeny csoportok speciális szükségleteit előtérbe helyező támogatás alapelveinek és módszereinek alkalmazása minden más célcsoport esetében is hasznos és eredményes: hiszen a szociális, egészségügyi és bármilyen egyéb ellátás során a biztonság, a bizalom, az együttérzés, az odafigyelés, a támogatott nő (ügyfél) saját belső erőforrásait figyelembe vevő és arra építkező hozzáállás mindenki számára jobb színvonalú és hatékonyabb segítséget jelent.

> Az egyéni szükségletekre érzékenyen reagáló, tiszteletteljes ellátás – a rendszerek, intézmények és egyéni segítő kapcsolatok szintjén egyaránt – olyan környezetet tud teremteni mindenki számára, ahol hatékonyabb a gyógyulás, javulnak az egészségügyi mutatók, csökkenthető az újratraumatizálás kockázata és hosszabb távon is növekszik a támogatott ügyfelek általános jólléte.

Az Ukrajnából hazánkba érkező menekült nők, és ezen belül kiemelten a kárpátaljai roma nők és lányok egyszerre több, egymást erősítő tényező miatt válnak társadalmilag kirekesztetté és kiszolgáltatottá. Ezek a hátrányok nemcsak halmozódnak és összeadódnak, hanem a hátrányt okozó tényezők egyedi kombinációi további, sajátos hátrányokat okoznak. Esetükben a nemi alapú egyenlőtlenségek, az etnikai diszkrimináció és a mélyszegénység hármas terhe egyszerre érvényesül, amit a menekültként megélt jogfosztottság és az egészségügyi ellátórendszer akadályai tovább súlyosbítanak.

A roma nőket gyakran származásuk miatt is előítéletesség és hátrányos megkülönböztetés éri mind Ukrajnában, mind Magyarországon, de nőként is jelentős társadalmi elvárások és strukturális akadályok korlátozzák őket. A korai házasság, a szigorú nemi szerepek és az élesen elkülönített családi munkamegosztás, az oktatásból való kimaradás és a munkaerőpiacról való kiszorulás következménye, hogy gazdaságilag is kiszolgáltatottá válnak, ami még nehezebbé teszi számukra az önálló életvezetést vagy azt, hogy ki tudjanak lábalni az intézményeknek való kiszolgáltatottságból. (Ilyen kiszolgáltatottság az, amikor társadalmi-gazdasági helyzetükre hivatkozva intézményi zaklatásnak vagy zsarolásnak vannak kitéve, ami akár a gyermekek állami gondozásba vételébe is torkollhat; valamint a függőségi helyzet az állami szolgáltatásoktól, támogatásoktól, amelyeknek igénybevételéhez – más, gazdasági erőforrások vagy kapcsolati háló hiányában – akár jogsértő bánásmódot is kénytelenek elviselni.)

Az interszekcionális hátrányok különösen markánsan jelennek meg az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben, ahol az intézményi rasszizmus, a nyelvi és kulturális akadályok, az anyagi nehézségek és a női páciensek panaszainak és szükségleteinek gyakori figyelmen kívül hagyása együttesen szinte leküzdhetetlen gátként tornyosul ezek elé a

nők elé. A magyar egészségügyi rendszer nem veszi figyelembe a roma nők menekültként való különösen kiszolgáltatott helyzetét. Ezek a nők a tájékoztatás és a támogatás hiánya miatt jellemzően nem ismerik a számukra elérhető lehetőségeket; a digitális és írásos információs anyagokat nem áll módjukban használni; az egészségügyi dolgozók pedig gyakran előítéletesen, megalázó vagy elutasító módon bánnak velük.

> Mivel a roma nőkhöz kapcsolódó előítéletekben nagy szerepet kapnak a szexualitáshoz, gyermekvállaláshoz és családhoz való viszonyulásukról szóló negatív vélekedések, ez az intézményes diszkrimináció különösen súlyosan érinti a szexuális és reproduktív egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokat, így a várandósgondozást vagy a fogamzásgátláshoz való hozzáférést, ami hosszú távon még mélyebb kiszolgáltatottságot eredményez.

A menekült nők és lányok élettörténetében – etnikai hovatartozástól függetlenül – nagy valószínűséggel fordulnak elő traumatikus élmények: a fegyveres konfliktus, a háborús fenyegetettség, az egzisztenciális bizonytalanság, a kényszerű lakhelyelhagyás az egyént és a közösségeket is rendkívüli stressznek, hirtelen és nagy mértékű veszteségeknek és gyakran közvetlen erőszaknak teszik ki.

Közösségi szinten a kényszerű lakhelyelhagyás a családi és közösségi kötelékek szétesését okozza: a családtagok gyakran különválnak (Ukrajna esetében sok férfi a sorkötelesség miatt az országban maradt, míg a nők és gyerekek átkeltek a határon); a megszokott mikrokörnyezetből kiemelve teljesen új közegbe kerülnek a közösség egykori tagjai. Ennek következtében nemcsak a közvetlen kapcsolatok sérülnek, hanem a helyi, mikrotársadalmi normák megtartó ereje sem érvényesül, és az érintetteknek új szerepeknek, új feladatoknak kell megfelelniük az új élethelyzetben (például az eddig a háztartásban dolgozó nőknek pénzkeresővé, családfenntartóvá kell válniuk, vagy a befogadó ország ismeretlen bürokratikus rendszerében kell tájékozódniuk, adminisztratív eljárásokat kell kiismerniük, szállást, albérletet keresniük, stb.).

A serdülő lányok és a fiatal nők különösen kiszolgáltatottak az ehhez hasonló krízishelyzetekben: kiemelt kockázatot jelent rájuk nézve a szexuális erőszak; a megbélyegzés és a megkülönböztetés erőszakos kifejezési formái; illeve az ezek által korlátozott legális munkavégzési és munkavállalási lehetőségek következtében fellépő kiszolgáltatottság, a visszaéléseknek vagy kizsákmányolásnak való kitettség az esetleges partnerrel, (informális) munkaadóval, szállásadóval szemben. Emellett helyzetüket a minőségi egészségügyi szolgáltatásokhoz való alacsony hozzáférés, az anyagi és egyéb erőforrások hiánya, az oktatástól és a szociális ellátórendszerektől való megfosztottság is jellemzi eredeti lakóhelyükön és a fogadó országban egyaránt. A fiatal nőket, lányokat érinti a legsúlyosabban a családi szerepek alapvető átalakulása, és nagyobb mértékben vannak kitéve a jogsértések különböző formáinak, miközben az érdekérvényesítő képességük sokszor alacsonyabb.

Az Ukrajnából érkezett roma nők többsége már a határon átkelve negatív tapasztalatokat szerzett a humanitárius segítségnyújtás résztvevőinek hozzáállásáról, amikor a hivatalos szervek és a segélyszervezetek munkatársai is ránézésre megtagadták tőlük a tárgyi adományokat, a jogi segítségnyújtást vagy akár az alapvető információkat is (Romaversitas, 2022). Sokan korábbi egészségügyi tapasztalataik során is szembesültek diszkriminációval, rasszizmussal, problémáik bagatellizálásával, tiszteletlen bánásmóddal (lásd Vanda és Izabella esete). Ezek a tapasztalatok érthető módon megnehezítették a segítőkben való bizalom kialakulását. A bizalmatlanság pedig, valamint a fokozott stresszreakciók és az ódzkodás attól, hogy megosszák, mire lenne szükségük, megnehezíti, hogy ellátást keressenek és kapjanak.

Ezeknek a kihívásoknak az ellensúlyozása, hatásuk minimalizálása azoknak a feladata (lenne), akik a humanitárius kríziskezelésben részt vesznek. Az egyik legfontosabb eszköz ehhez az, ha a segítő először minél jobban megérti és megismeri a támogatott személy élettörténetét, személyes szükségleteit és azt, hogy mire törekszik: mi mozgatja, mi a célja. Ez a nyitottság és valódi, őszinte megismerési szándék a segítő kapcsolat nulladik lépése és a hatékony, érdemi támogatás nélkülözhetetlen előfeltétele. Enélkül a személyes odafordulás nélkül a segítés könnyen felszínessé, személytelenné, hatástalanná vagy akár még károssá is válhat.

A „ne árts” elve meghatározó a segítő kapcsolat teljes folyamata alatt. Az ártalom (például elidegenedés és az ellátástól való elfordulás; vagy egy vélt és nem pedig tényleges szükséglet/igény „ellátása”) elkerüléséhez olyan, biztonságos és elfogadó légkört szükséges megteremteni, amiben az ügyfél ki meri és ki tudja fejezni az igényeit, hogy személyre szabott támogatást kaphasson és cselekvően, magáért egyre nagyobb felelősséget vállalva tudjon részt venni a helyzete alakításában. A megismerés szükséges ahhoz is, hogy a segítő is minél jobban, pontosabban, de kellő rugalmassággal meg tudja határozni és fel tudja kínálni azokat a lépéseket és eszközöket, amik az ügyfél érdekeit az adott helyzetben a legjobban szolgálják.

A megismerés gyakran azt igényli, hogy a segítő közel kerüljön a támogatott nőkhöz. Ez akár olyan szoros bizalmi kapcsolatot eredményezhet, amit az ügyfeleink barátsághoz, nővéri vagy anyai kapcsolathoz hasonlítottak. Célcsoporttól függetlenül igaz sajnos, hogy számos nőnek, fiatal lánynak nincsenek olyan közeli, támogató kapcsolatai, ahol tényleges odafordulást tapasztalna, így ez az élmény önmagában is jelentős lehet. Természetesen ebben a helyzetben elsősorban a segítséget nyújtó fél felelőssége, hogy személyes határait és a segítő-segített viszony kereteit megtartsa, és ne járuljon hozzá a kapcsolat minőségét illető esetleges illúziók fenntartásához; valamint hogy tisztázza, mi az, amiben tudja vállalni, hogy segít, és mi az, amiben nem.

Ez a megismerés és közellépés teszi lehetővé, hogy a segítő észre tudja venni azokat az erőforrásokat is, amelyekkel a segített nők és lányok rendelkeznek és ami lehetővé teszi, hogy nehezített körülmények között is képesek legyenek boldogulni. Sérülékenységük és kiszolgáltatottságuk elismerése és megértése mellett fontos meglátni emberi méltóságukat és erejüket is. Az empátia nem sajnálat: az, hogy valaki egy adott helyzetben

kiszolgáltatott, nem jelenti azt, hogy gyenge vagy tehetetlen. Gyakran éppen ellenkezőleg: a nehéz élethelyzetben lévő emberek a nehézségek közepette, saját sérülékenységüket felismerve is képesek még további erőforrásokat mozgósítani azért, hogy megoldásokat találjanak.

Itt érdemes megemlíteni azt is, hogy egyáltalán nem mindegy, hogy valaki milyen külső erőforrásokhoz fért hozzá Magyarországra érkezve. Ennek alakulása sajnos sokszor esetleges volt; gyakran a véletlenen (vagy akár személyes előítéleteken és szimpátián) múlt, hogy az ide érkező menekültek közül ki mennyi és milyen külső segítséghez, anyagi támogatáshoz, szálláslehetőségekhez, információhoz fért hozzá, hozzájutott-e szociális munkáshoz, egészségügyi vagy egyéb szolgáltatásokhoz.

A humanitárius programunk során elért nők és lányok többségében többszörösen hátrányos helyzetük ellenére nagyfokú rezilienciáról, a nehézségekkel szembeni ellenálló képességről tettek tanúbizonyságot. Az, hogy szembe tudtak nézni az otthonuk elhagyásával, a háború okozta veszteségekkel és az idegen országban tapasztalt kihívásokkal, önmagában is rámutat arra, hogy megküzdési mechanizmusaik többnyire sikeresek lehettek, és hatékonyan segítették őket a boldogulásban. Fontos felismerni és elismerni ezeket az erőforrásokat, rámutatva ezekre és megerősítve az ügyfélben a meggyőződést, hogy rendelkezik velük: hiszen a valódi képessé tevés nem kívülről érkező megoldásokat jelent, hanem annak felismerését, hogy a támogatott személy már rendelkezik belső erőforrásokkal, amelyekre támaszkodik és támaszkodhat. A segítő szerepe nem az, hogy kívülről „rendbe tegye" a másik életét, hanem hogy segítsen felfedezni és mozgósítani azokat az erőforrásokat, amelyek már jelen vannak – legyen szó belső erőről, megküzdési stratégiákról, tapasztalatokról vagy akár támogató kapcsolati hálóról.

Ennek a folyamatnak része az önbizalom-építés és a fokozatos önállósodás elősegítése. A jó támogatás nem a kiszolgáltatottság érzését erősíti, hanem lehetőséget ad arra, hogy a személy maga alakítsa a saját megoldásait. Az erőforrások tudatosítása – a segítőben és a segítettben egyaránt – hosszabb távon is erősíti a személy autonómiáját és cselekvőképességét, aminek köszönhetően nemcsak az éppen aktuálisan felmerülő problémáját sikerül megoldani, hanem kialakul egy belső meggyőződése arról, hogy megvannak a lehetőségei és képességei ahhoz, hogy a segítő kapcsolaton túl, annak végeztével – és más területeken is – kompetensen tudja alakítani az életét.

2.2.2. Az ellátáshoz való hozzáférés akadályai

A gazdasági egyenlőtlenségek miatt a marginalizált csoportok alapvető egészségügyi hátrányokkal indulnak: már a megfelelő lakhatás és a minőségi étkezés is nehezebben elérhető számukra. Ezek hiánya a krónikus betegségek (mint például a magas vérnyomás, asztma, cukorbetegség) magasabb kockázatával jár, illetve közvetlen hatással van az anyai és magzati egészségre is, hiszen a rossz lakáskörülmények és a tápanyaghiány megnövelik a szövődmények, a koraszülés és alacsony születési súly kockázatát (Hajdu et al, 2024; Jeffers, Grace, 2024). Mindezek jelentős hatással vannak az érintettek hosszú

távú egészségi állapotára és életminőségére. Azután pedig, hogy eleve a rajtvonaltól rosszabb egészségi állapotban indulnak, számos további akadály nehezíti az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket.

Az egymással összefüggő és egymást erősítő társadalmi-gazdasági, emberi jogi, kulturális és közegészségügyi tényezők összetett módon akadályozzák az érintettek hozzájutását a szociális, egészségügyi és egyéb közszolgáltatásokhoz, aminek hatására az érintett csoportok más csoportokhoz képest hátrányos helyzete és kirekesztettsége tovább fokozódik.

> A társadalmi alapproblémák, mint a rasszizmus, a nemi szerepelvárások és gazdasági egyenlőtlenségek sokféle módon, több lépcsőben csapódnak le a közösségek és egyének szintjén.

Például a társadalmi nemi szerepek, a minőségi oktatási intézmények hiánya és az iskolai rasszizmus mind-mind hozzájárulnak a marginalizált csoportok nőtagjainak aluliskolázottságához. Az aluliskolázottság pedig szinte teljesen ellehetetleníti a munkanélküliséggel sújtott régiókban a nők munkavállalását – tehát anyagilag teljesen kiszolgáltatottá válnak. Emellett a családban elvárt gondoskodási feladatok, a földrajzi távolságok, az információhoz jutás és az egészségértés hiánya külön-külön és egymással kölcsönhatásban is tovább nehezítik az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket. Az ebből következő egészségromlásuk pedig még elszigeteltebbé és kiszolgáltatottabbá teszi őket.

Ezek a nehezítő tényezők folyamatosan összeadódva, egymást kölcsönösen felerősítve, akadálymátrixként hatnak a hozzáférés minden egyes szakaszában. A hozzáférés akadályainak csoportosításához a HABPV (Health Care Access Barriers for Vulnerable Populations) modellt (George et al, 2018) vettük alapul, tudatában a modell korlátainak és annak, hogy a tényezők egy része – éppen a nagyon sokrétű egymásra hatások következtében – másik vagy éppen több kategóriába is besorolható lenne.

Strukturális akadályok

Az egészségügyben tapasztalható intézményesített, avagy strukturális rasszizmus olyan rendszerszintű egyenlőtlenségeket jelent, amelyek átitatják az egészségügyi intézményeket, szakpolitikákat és bevett gyakorlatokat, és amelyek aránytalan egészségügyi hátrányokat okoznak a különböző etnikai csoportok tagjainak. A strukturális rasszizmus megkülönböztetendő az egyéni előítéletektől vagy azok összességétől (bár utóbbiak természetesen segítik fenntartani): az egész rendszert mélyen áthatja, és az intézményi normák folytatólagosságával él tovább, egyenlőtlen hozzáférést, eltérő ellátási színvonalat és a társadalom hátrányosabb helyzetű tagjai számára rosszabb egészségügyi kimeneteleket eredményezve. Az alábbiakban a strukturális rasszizmus egyes aspektusait – a földrajzi, a jogérvényesítési, a munkaügyi, a háztartási és a bürokratikus akadálycsoportokat – tekintjük át.

Az egészségügyi szolgáltatások és a közlekedési infrastruktúra egyenlőtlen földrajzi eloszlása miatt a vidéki területeken, városközpontoktól távolabbi területeken élőket nagymértékben érintik a *földrajzi és közlekedési akadályok*, mivel számukra saját gépkocsi nélkül az egészségügyi intézmények alig vagy egyáltalán nem érhetők el. Az Ukrajnából érkezett menekült családok egy része nagyon nehezen megközelíthető szálláshelyeken lakott, így sokan a közlekedési költségek, az időigényes utazás és az infrastruktúra hiányosságai miatt egyszerűen nem tudtak eljutni oda, ahol a számukra szükséges ellátást igénybe vehették volna.

A *jogi és jogérvényesítési akadályok* súlyosabban érintik a bizonytalan státuszú csoportokat, például a menekülteket vagy a hajléktalan emberekeket, akik nem rendelkeznek a különböző ellátások és szolgáltatások feltételéül szabott összes hivatalos papírral. A jogszabályok, jogi iránymutatások gyakran bonyolultak, nehezen értelmezhetők; az írástudatlan, alacsony iskolai végzettségű vagy a helyi nyelvet nem beszélő emberek számára pedig gyakorlatilag értelmezhetetlenek. Az egészségügyi ellátás jogi feltételei sok esetben nem egyértelműek (akár még az egészségügyi és szociális szolgáltatók vagy más jogalkalmazók számára sem), így előfordulhat, hogy megfelelő dokumentumok hiányában az érintettek egyáltalán nem, vagy csak térítés ellenében juthatnak hozzá egyes szolgáltatásokhoz, még ha jogosultak is lennének rá; vagy információhiány, esetleg félretájékoztatás miatt meg sem próbálják azokat igénybe venni. A bonyolult és lassú bürokrácia, valamint az érdekérvényesítési lehetőségek, eszközök és képességek szűkössége tovább nehezíti, hogy az érintettek el tudják érni, hogy mégiscsak megkapják az ellátást, amire egyébként ingyenesen jogosultak lennének (lásd Enikő esete).

Kapcsolódó strukturális akadály az *előjegyzési kötelezettség* és az egészségügyi rendszer *bürokratikus működése*. Az időpontfoglalás nehézkessége, a hosszú várólisták, a bonyolult beutalós rendszer mind hozzájárulnak ahhoz, hogy sok beteg – akár helyi állampolgár is – el sem jut az ellátásig (lásd Szofia esete). A nem egyértelmű továbbirányítási útvonalak, a szakemberhiány és az egészségügyi dolgozók túlterheltsége pedig tovább súlyosbíthatják a helyzetet. A betegeknek gyakran számos helyre kell elmenniük egy-egy vizsgálat vagy kezelés lefolytatása érdekében. A várandósgondozás és a terhességmegszakítás egyaránt többszereplős, bonyolult folyamatok, amik során a nőknek többféle helyszínen, többféle

szakdolgozóval kell meghatározott sorrendben és elég szűk időkeretek között kapcsolatba lépniük, amihez még csak megfelelő iránymutatást sem kapnak. Ezen felül a gondozásban részt vevő szereplők között is sokszor elégtelen az információáramlás, aminek a negatív következményeit a páciens viseli.

A *munkavállalói kiszolgáltatottság* fokozottan érinti a hátrányos helyzetű csoportokhoz tartozókat, akik gyakran alacsony presztízsű feladatkörökben, nem bejelentett formában dolgoznak, így nincs betegszabadságuk, és munkáltatóik jellemzően egyáltalán nem rugalmasak a távollétekkel kapcsolatban. Ezért sokan nem engedhetik meg maguknak, hogy rosszullét esetén vagy egészségügyi nehézségek közepette szüneteltessék a munkát; vagy hogy munkaidőben orvoshoz menjenek.

A *háztartási és gondoskodási kötelezettségek,* mint például a családban élő idősek vagy kisgyermekek felügyelete, szintén akadályozhatják az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Azok az anyák, akik nem rendelkeznek megbízható, támogató környezettel, gyakran azért nem jutnak el az egészségügyi intézményekbe, mert nincs, aki vigyázzon a gyermekeikre, vagy átvegye az idősgondozást. (Stabilabb anyagi helyzetben élők ebben az esetben fizetett segítséget vehetnek igénybe, itt azonban nincs erre lehetőség.) A szexuális és reproduktív egészséggel kapcsolatos ellátás igénybevétele különösképp nehéz ebből a szempontból, mivel ilyen jellegű rendelésre, vizsgálatokra még kevésbé lehetséges kiskorú gyermeket magával vinnie az embernek, és a legtöbben nem is szívesen vinnék el a gyermeküket/gyermekeiket. A gondoskodási feladatok, különösen az egyedülálló szülők esetében, igen kevés szabadon felhasználható időt hagynak, így az egészségügyi ellátás könnyen háttérbe szorulhat (lásd Izabella esete).

Anyagi akadályok

Az *anyagi korlátok* jelentős problémát jelentenek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben. Egyes egészségügyi szolgáltatások csak térítés ellenében érhetők el, vagy magánszolgáltatókat kellene igénybe venni a szükséges vizsgálatok időszerű lefolytatásához (a várandósság, szülés időszakában több időérzékeny, rövid időkeretben elvégzendő vizsgálat van; vagy lehetnek olyan külső kényszerítő körülmények, amik miatt a menekült nőnek költöznie kell, és nem tölt annyi időt egy helyen, hogy ott ki tudja várni a hosszú várólistát).

Anyagi jellegű korlát az *egészségbiztosítás hiánya,* összefüggésben azzal, hogy bejelentett, állandó munkahely híján különösen nehéz társadalombiztosítási jogviszonyt létesíteni, és a menekülteket gyakran nem hivatalos úton foglalkoztatják. Ugyan Magyarországon sokféle egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen járt (volna) az Ukrajnából érkezett menekülteknek, ennek ellenére előfordult, hogy ezeket az ellátásokat a társadalombiztosítási jogviszony rendezetlenségére hivatkozva megtagadták tőlük (lásd Enikő esete). Külön problémát jelent az itt született gyerekek esetében, hogy az anyakönyvezési, állampolgársági és egyéb ügyintézés elhúzódása miatt sokáig rendezetlen maradt a társadalombiztosítási státuszuk, ami miatt szintén előfordult az ellátás megtagadása (lásd Renáta esete).

A háztartások az anyagi erőforrásaik szűkössége miatt gyakran kényszerülnek arra, hogy prioritási sorrendet állítsanak fel a felmerülő kiadások között, és az egészségügyi szolgáltatások gyakran szorulnak háttérbe az alapszükségletek kielégítéséhez képest. Sok háztartásban az útiköltség is megoldhatatlan terhet jelentett, nem beszélve a gyógyszerek, vitaminok vagy a térítésmentesen nem elérhető vizsgálatok kifizetéséről. Egyes esetekben még az alapvető higiéniai termékek hiánya is korlátozza a betegek lehetőségeit, például nincsenek tisztálkodási szereik (tusfürdő, sampon, mosószer), ezért szégyellnek elmenni az orvoshoz, vagy a menstruációs betét vagy eldobható pelenka hiánya miatt a szálláshelyüket sem tudják elhagyni. A digitális eszközök, például telefon vagy internetkapcsolat hiánya pedig már az időpontfoglalást is ellehetetleníti.

Kognitív akadályok

Az egészségügyi szakemberek, dolgozók viselkedésmódja, a kliensekkel kapcsolatos attitűdjei gyakran korlátozó tényezőként jelennek meg. A *megbélyegzés, ítélkező viselkedés,* illetve az attól való félelem akadályozza vagy késlelteti az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A nők joggal tartanak attól, hogy az egészségügyi vagy szociális intézmények dolgozói, vagy akár saját közösségük, családjuk tagjai megítélik, megbélyegzik őket a szexuális és reproduktív egészségükkel kapcsolatban szinte bármivel, hiszen a menstruációs egészség, az aktív szexuális élet, a gyerekszülések vállalása vagy nem vállalása, a kiskorú vagy a nem házas nők várandóssága, az abortusz, a fogamzásgátlás, a szexuális úton terjedő betegségek mind számos előítélettel, tabuval, morális értékítélettel, szégyennel, bűntudattal és gyakran korábbi traumatikus élményekkel terhelt területek.

Az ellátásban gyakran hiányzik a traumatudatos, betegközpontú és nőközpontú szemlélet; gyakori a méltatlan, *tiszteletlen bánásmód.* Ezt tovább súlyosbítja az *előítéletesség* és az etnikai hovatartozáson és gazdasági helyzeten alapuló *megkülönböztetés* is. A kiszolgáltatott társadalmi csoportok tagjai gyakran tapasztalnak hátrányos megkülönböztetést az egészségügyi intézményekben. A humanitárius program keretében támogatott nők és lányok romaként, menekültként egyaránt gyakran tapasztalták, hogy kevésbé veszik komolyan a panaszaikat, nem kapnak megfelelő tájékoztatást, hosszabb várakozási időre kényszerülnek, tiszteletlen, megalázó bánásmódban részesülnek vagy teljesen megtagadják az ellátásukat. Az ellátásban szerzett rossz tapasztalatok elriaszthatják az embereket attól, hogy a későbbiekben segítséget kérjenek. Különösen a marginalizált, kiszolgáltatott csoportok körében gyakori, hogy az egészségügyi rendszerrel és az abban autoritást gyakorló személyekkel szembeni bizalmatlanság miatt inkább nem veszik igénybe a szükséges ellátást.

Az *egészségértés hiánya* azt jelenti, hogy az aluliskolázottság és az egészségügyi műveltség alacsony szintje miatt sok nő nem tudja megtalálni, megérteni és alkalmazni a releváns információkat, hogy megalapozott döntéseket hozhasson saját egészsége érdekében. Nehézséget okozhat az egészségügyi rendszerben való eligazodás, az egészségbiztosítási jogosultságok és választható ellátások átlátása, az orvosi tanácsok és betegtájékoztatók megértése, a gyógyszerek megfelelő használata, az egészséges életmóddal és a preventív (betegségmegelőzéssel, nem kívánt terhességgel és nemi úton terjedő vagy más, fertőző betegségek megelőzésével kapcsolatos) ismeretek.

A létező szolgáltatásokkal kapcsolatos *információhiány* szintén komoly akadályt jelenthet. Sokan nincsenek tisztában azzal, hogy milyen szolgáltatások érhetők el számukra, és hogy hol és hogyan lehet azokat igénybe venni. Ez különösen olyan emberek számára jelent problémát, akik nem rendelkeznek könnyen elérhető információforrásokkal, vagy akiknek az információkereséshez szükséges nyelvi és technikai eszközök nem állnak rendelkezésére, tehát akik csak akkor találkoznának a szükséges információval, ha azzal valaki célzottan megkeresné őket (ez volt az oka munkatársaink terepre látogatásainak). Majd még ha el is találnak a szükséges szolgáltatáshoz, akkor sem egyértelmű, hogy igénybe is fogják tudni venni: a túlzott bürokrácia, az adminisztrációs elvárásokra jellemző átláthatatlan és értelmezhetetlen információhalmazok és a gyakori, nem egyértelmű továbbirányítások (és egyben elhárítások) miatt a páciensek könnyen elveszhetnek a rendszerben, majd pedig kieshetnek belőle.

A már fentebb is említett *digitális szakadék* az információhiánnyal összefüggő nehézségeket is súlyosbítja. Sok egészségügyi szolgáltatás ma már online időpontfoglalást, e-recepteket vagy digitális ügyintézést igényel, ami hátrányt jelent azoknak, akik nem rendelkeznek internethozzáféréssel, megfelelő eszközzel és/vagy az e felületek értelmezéséhez és navigálásához szükséges digitális készségekkel.

A *nyelvi akadályok* szintén jelentős gátat szabhatnak az ellátáshoz való hozzáférésnek. Azok számára, akik nem beszélik az adott ország hivatalos nyelvét, vagy más dialektusban beszélik, vagy akik nem értik az orvosi szaknyelvet, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele rendkívül nehézkessé válhat. Az orvosi szaknyelv bonyolultsága gyakran azok számára is kihívást jelent, akik az adott nyelvet egyébként beszélik, de nem ismerik a szakszavakat. Sok esetben nincs elérhető tolmács, vagy ha lenne is, az ellátórendszer nem biztosítja azt ingyenesen és könnyen hozzáférhetően. A nyelvi nehézségek és a tolmácsok hiánya miatt sok páciens nem tudja pontosan elmondani a tüneteit vagy megérteni a kapott tájékoztatást.

A *kulturális tényezők* szintén komoly szerepet játszanak: bizonyos kulturális normák vagy hiedelmek akadályozhatják az egészségügyi ellátás igénybevételét, főleg a szexuális és reproduktív egészség kapcsán. A nők egy része szemérmességből vagy más okból nem tudja, nem akarja intim panaszait megosztani egy orvossal, főleg, ha az ellenkező nemű (lásd Renáta esete). Így előfordul, hogy a nők inkább teljesen elkerülik az egészségügyi intézményeket, ha csak férfi szakember tudná őket ellátni. Az orvosok kulturális érzékenységének és nyitottságának hiánya is gátolja a megfelelő kommunikációt, ami téves diagnózisokhoz és fel nem ismert problémákhoz vezethet.

Pszichológiai akadályok

A pszichológiai akadályok olyan mentális és érzelmi tényezők, amelyek megakadályozzák az embereket abban, hogy egészségügyi ellátást vegyenek igénybe, még akkor is, ha az elérhető lenne számukra. A *félelem és szorongás,* az egészségügyi rendszerrel és az abban autoritást gyakorló orvosokkal és munkatársakkal szembeni *bizalmatlanság,* illetve egyes *mentális egészségi állapotok,* például a depresszió vagy a poszttraumás stressz (PTSD)

szintén meggátolhatják az orvosi ellátás igénybevételét. Traumát átélt emberek számára, különösen szexuális erőszakkal és szülészeti erőszakkal kapcsolatos traumák esetén, a kórházi környezet vagy bizonyos vizsgálatok felidézhetik a múltbéli élményeket (a szexuális és reproduktív egészséggel kapcsolatos ellátások során ez kifejezetten gyakran fordul elő), ami szintén elkerülő magatartáshoz vezethet.

A fenti akadályok és gátló tényezők gyakran összeadódnak: így a legkiszolgáltatottabb emberek számára az egészségügyi ellátás igénybevétele nemcsak nehéz, hanem szinte lehetetlen feladattá válhat.

2.2.3. Komplexitás

A nők szexuális és reproduktív egészségének támogatása összetett feladat: részét képezi nemcsak az információ- és tudásátadás, a kapcsolódó jogok érvényre juttatása és a fizikai egészség támogatása, hanem az érzelmi és mentális jóllét támogatás is. A humanitárius krízisek esetén szükségessé váló támogatás összetettségét tovább fokozzák a támogatotti kör speciális életkörülményei és szükségletei, az egészségügyi hozzáférés akadályai és az ellátásbeli hiányosságok. Mindezek szükségessé tehetik, hogy a tevékenység, projekt időtartama alatt új szolgáltatáselemeket emeljünk be a programba; hogy új témákban képződjünk; illetve hogy más szakterületekről vonjunk be munkatársakat.

A mi esetünkben ez azt jelentette, hogy a programot perinatális (várandósság és szülés) fókuszú támogatással indítottuk, majd a tereptapasztalatok hatására és a szolgáltatásnyújtásból kivonuló, más szereplők által hagyott ellátási réseket lefedendő kibővítettük a női reproduktív életciklus olyan területeire, mint a menstruációs egészség, a fogamzásgátlás és a terhességmegszakítás, ami egyre komplexebbé tette a tevékenységünket. Másrészt a kiszolgáltatott, sérülékeny támogatotti kör speciális szükségleteit látva, különösen a várandósság és gyermekágyas időszak során, szükségessé vált a perinatális szakemberek mellé szociális munkások bevonása is az esetkezelésbe.

Komplexitás meghatározása az esetkezelésben

A konkrét eset összetettsége

Az esetkezelésben akkor beszélünk egy konkrét eset komplexitásáról, amikor többféle érintettség és problémakör is összefonódik benne, amikre mind figyelemmel kell lennünk az ügykezelés tervezésekor és kivitelezésekor. Ilyen lehet például, amikor valaki várandósan vagy fogamzásgátlással kapcsolatban fordul hozzánk, miközben egyszerre érintett bántalmazásban, vagy emberkereskedelemben, vagy lakhatási krízisben, illetve mentális betegségben (lásd Natasa, Viktoriia esete).

Szervezeten belüli összehangolt szakmai támogatás

Egy-egy eset abból a szempontból is komplexnek tekinthető, hogy az érintettnek több területen van szüksége támogatásra, és ezek többrétű és összehangolt segítséget igé-

nyelnek. Ilyen esetekben gyakran szükség van a szervezeten belül dolgozó szociális munkások, mentálhigiénés és perinatális szakemberek együttes munkájára (lásd Renáta esete).

Partnerszervezetek által nyújtott összehangolt támogatás

Ha az adott szervezet önmagában nem tudja lefedni egy adott esetben a különböző szakterületeket igénylő támogatást, akkor a partnerszervezetek együttműködése, a több szereplő által nyújtott összehangolt támogatás is példa lehet a komplex ügykezelésre. Ide értjük azokat az eseteket, amikor például jogi segítséget kellett igénybe venni egy-egy ügyfél érdekeinek képviseletét támogatandó, vagy amikor egy bántalmazott nőnek kellett támogatást nyújtani, vagy amikor be kellett vonni pszichológusi segítséget egy-egy kliens esetében (lásd Natasa, Izabella, Renáta és Viktoriia esete).

Előfeltételekkel összefüggő komplexitás

Végül az ügyek ellátásának összetettsége megnyilvánulhat abban is, hogy az érintett addig nem tud belépni a programba és hozzáférni a szervezet által kínált szolgáltatásokhoz, amíg bizonyos ügyintézésekben nem kap segítséget. Ilyen lehet például egy kísérő nélkül elmenekült, kiskorú várandós törvényes képviseletének elrendezése a várandósgondozás előtt, mert mindaddig nem látják el az egészségügyben, amíg nincs számára kijelölve törvényes képviselet (lásd Vanda esete).

A fenti példák jól illusztrálják, hogy milyen módokon válhat egy-egy eset összetetté, és hogyan válhat többrétű kihívássá az ilyen jellegű esetek, élethelyzetek hatékony kezelése és támogatása. További nehézséget jelent, amikor nincs olyan partnerszervezet, ami bevonható lenne az esetkezelésbe, vagy akihez továbbirányítható lenne egy-egy olyan ügyfél vagy szükséglet, ami nem tartozik a szervezet vállalt tevékenységeinek körébe. Különösen megterhelőek azok a helyzetek, amikor valamely partnerszervezet a várttal szemben mégsem nyújt hatékony támogatást a komplex esetkezelésben; vagy amikor minden szereplő legjobb szándéka ellenére sem sikerül megnyugtatóan rendezni egy helyzetet. Humanitárius krízisben működő szervezetként tudatában kell lennünk annak, hogy mindig lesznek olyan fokú összetettséggel bíró esetek, amire nem lehet előre felkészülni, és amelyeket akár legjobb szándékunk és minden elérhető erőforrás mozgósítása ellenére sem sikerül eredményesen kezelni (lásd Viktoriia esete).

A komplex esetkezelés során alkalmazott alapelvekről

A támogatás során mindig a nők szükségleteiből indulunk ki, és rugalmasan alkalmazkodunk hozzájuk. Ez azt jelenti, hogy egy nő az időközben felmerülő szükségleteinek megfelelően különböző támogatásokban részesülhet (amennyiben azok beleesnek a tevékenységek és a projektidőtartam kereteibe). Ilyen az, amikor egy nő várandósként kerül be az ügyfélellátásba, vagy terhességmegszakításban kér segítséget, majd később fogamzásgátlással kapcsolatos információkra és ellátásra is igényt tart. Egy ilyen jellegű program akkor tud igazán hasznos lenni, ha nem ragaszkodik előzetes feltételezéseken alapuló tervekhez, hanem ezekre az organikusan felmerülő valós igényekre épül, illetve ha ezekhez alkalmazkodva formálhatók a tevékenységi irányok és az azok keretében biztosított szolgáltatások. Az ukrajnai krízis kirobbanását követően például a támogató

(donor) szervezetek és a szolgáltatást nyújtó szervezetek is azt feltételezték, hogy sok esetben lesz szükség sürgősségi fogamzásgátló tablettára; azonban a tapasztalat azt mutatta, hogy nagyobb igény mutatkozik a hosszú távú fogamzásgátlásra. Így értelmetlenné vált az előbbi biztosítására, illetve az előbbi beszerzési nehézségeinek feloldására összpontosítani, és fontos volt átcsoportosítani az erőforrásokat az utóbbira, hogy a valós igényeket sikerüljön ellátni.

Az esetkezelés során nyújtott támogatásra érdemes folyamatként tekinteni. A terep-tapasztalatok világítottak rá arra, hogy az esetek döntő többségében nem elégséges támogatás az egyszeri információátadás vagy továbbirányítás: ehelyett többszöri találkozásra, kölcsönös elköteleződésre van szükség a segítő és a segített részéről, és hosszabb távú kísérési folyamattal érdemes számolni. Értelemszerűen más-más időtartamot jelent egy olyan ügyfél kísérése, akivel a várandósság korai szakaszában kerülünk kapcsolatba, és egy olyan ügyfélé, akivel a szüléshez közelebbi időpontban találkozunk; vagy szintén eltér, ha a kapcsolatfelvétel célja a korai terhesség megszakítása.

Tekintettel a téma érzékenységére és a hosszú távú együttműködésre, törekednünk kell arra, hogy minden ügyfelünk számára dedikált segítőt biztosítsunk, így a kapcsolat folyamatos és stabil maradhat, ami alapvető a bizalom kiépítéséhez és megmaradásához. Ebben a bizalmi kapcsolatban teret és időt szentelünk annak, hogy a nőket megismerjük, és hogy legyen lehetőségük és bizalmuk kifejezni a szükségleteiket, megéléseiket, kihívásaikat, feltehessék kérdéseiket és azokra választ kapjanak.

> Minél több időt fordítunk annak megismerésére és megértésére, hogy egy nő „honnan érkezik” (milyen családban és párkapcsolatban él, milyen anyai tapasztalatai gyűltek eddig össze, milyen női egészséggel összefüggő tapasztalata és háttere van, ehhez kapcsolódóan milyen információi, esetleg félelmei vannak), annál jobban és annál inkább személyre szabottan tudunk támogatást nyújtani.

Az esetkezelés során fontos továbbá, hogy a nők számára világos legyen, meddig tart a támogatás, és meddig terjed a szervezet szerepe. A támogatás természete és a képessé tétel fontossága miatt ugyanakkor előfordulhat, hogy a segítői kapcsolat hosszan cseng le, és időnként egyfajta utólagos háttértámogatásra, meg-megerősítő bátorításra vagy alkalmi segítségre még igényt tart a kliens. Igazán ideális, ha ezt tudjuk garantálni addig a pontig, amíg képessé válik arra, hogy önállóan és magabiztossággal tudja intézni az ügyeit (és tudatába is kerül ennek a képességének).

2.3. EGYÜTTMŰKÖDÉS A PARTNER-SZERVEZETEKKEL ÉS INTÉZMÉNYEKKEL

A humanitárius válsághelyzetekben fontos szerep jut a különféle szereplők közötti horizontális együttműködésnek, ami biztosítja, hogy a válságkezelésben a helyi körülmények és erőforrások ismeretén alapuló, gyors, rugalmas és a kontextushoz minél pontosabban illeszkedő megoldások jöhessenek létre. A nagyobb, hierarchikus, központosított működésű szervezetek az információhiány vagy a lassabb döntéshozási mechanizmusok miatt gyakran nem tudnak kellő rugalmassággal reagálni a szükségletekre, amit a helyi erőforrások mozgósításával és a hálózati együttműködések összehangolásával sokszor ki lehet pótolni. A kisebb szervezetek közötti rendszeres kommunikáció, az átlátható információátadás és a közös problémamegoldás lehetővé teheti a hatékonyabb munkát, a feladatok megosztását és így elkerülhetők a párhuzamos folyamatok, amikor több szervezet is egyidejűleg igyekszik választ találni egy adott problémára.

A válsághelyzet három éve alatt a szereplők köre sokat változott: nemzetközi és helyi civil szervezetek, önkormányzatok, önszerveződő csoportok léptek be, majd egy részük hosszabb-rövidebb idő után abbahagyta vagy csökkentette humanitárius tevékenységét. Ennek nyomon követése és az adott időszakban aktív résztvevőkkel folytatott kapcsolat fenntartása fontos feladat, ami szintén a folyamatos kommunikáció és a tapasztalatmegosztó eseményeken való rendszeres részvétel jelentőségét húzza alá.

Az ukrajnai menekülthullám idején számos olyan civil szervezet kapcsolódott be a munkába, akik korábban más, sérülékeny csoportokkal dolgoztak, így például lakhatási szegénységgel, hajléktalanságban élő nők reproduktív egészségével, vagy a helyi roma közösségekkel szerzett tapasztalataikat tudták becsatornázni a válságkezelésbe. Az általuk nyújtott közvetlen szolgáltatásokat és terepmunkát jól kiegészítették azok a szervezetek, akik például jogi tanácsadást biztosítottak vagy adományosztásokat szerveztek, illetve azok az önkéntes segítők, akik alkalomszerűen nyújtottak segítséget, például tolmácsolást, dúlai szüléskísérést vagy éppen gyerekprogramok szervezését vállalták. A különféle szakterületeken szerzett tudás jól kiegészítheti egymást azokban az esetekben, amikor a menekültek sokrétű és összetett nehézségeire kell megoldást keresni.

A horizontális együttműködéseket tekintve legközvetlenebb módon a szállásadó szervezetek munkatársaival dolgoztunk együtt, mert ők jellemzően szociális munkát is nyújtottak a lakóik számára és az esetkezelések kapcsán szükség volt kapcsolattartásra és a támogatásról való együttgondolkodásra is (miközben tudásmegosztás és szemléletformálás is zajlott közöttünk). Ez az együttműködés a szervezetek kölcsönös megelégedésére szolgált, ugyanis miközben mi ellátási feladatokat vállaltunk át tőlük, ők bejárást biztosítottak számunkra a közösségi szállásokra, így folyamatosan nyomon tudtuk követni a szükségletek alakulását és kiterjedt női közösségekkel tarthattunk fenn kapcsolatot.

A többi szervezettel és intézménnyel, amelyek jogi segítséget nyújtottak, adományosztást vagy egészség fókuszú tematikus rendezvényeket szerveztek csak alkalmanként, egy-egy eset vagy rendezvény kapcsán kerültünk kapcsolatba. Ezen együttműködések során az értékek, a szemlélet összehangolása kevéssé volt kardinális kérdés.

Az egyházi szervezetekkel való együttműködések során számolnunk kellett azzal, hogy míg a várandósoknak nyújtott szolgáltatások kapcsán számot tarthatunk a támogató együttműködésükre, addig az egyéb szexuális és reproduktív egészséget szolgáló tevékenységek mentén értékkonfliktusok merülhetnek fel. Az abortusz és bizonyos fogamzásgátló eszközök (pl. spirál, esemény utáni tabletta) támogatása sok egyházi szervezet szemében ugyanis morálisan elfogadhatatlan. Az ügyfelek bizalma könnyen megrendülhet, ha ellentmondásos üzeneteket kapnak két különböző segítő szervezettől, ezért elengedhetetlenek a szervezetek közötti (akár facilitált) megbeszélések a közös cél (az ügyfél jólléte) érdekében, és az egyértelmű protokollok előzetes kialakítása a közös ellátás esetén (például annak tisztázása, hogy ki milyen szolgáltatásért felel).

2.4. AZ ESETKEZELÉSRŐL

Az esetkezelésbe jellemzően kétféle módon lehetett bekerülni. Az egyik ilyen lehetőség a munkatársainkkal való személyes találkozás volt a tereplátogatások során (lásd Enikő esete), vagy olyan, menekülteknek szervezett rendezvényen, ahol az egyesületet képviseltük. A másik lehetséges módja a programba való bekerülésnek az e-mailes vagy telefonos elérhetőségen való kapcsolatfelvétel volt. Ezekre a csatornákra egyaránt érkezett közvetlen megkeresés menekültek részéről (lásd Szofia, Evelin és Renáta esete), illetve továbbirányítás menekültekkel foglalkozó szervezetek, intézmények részéről (lásd Natasa, Vanda, Izabella és Viktoriia esete).

A programba olyan ügyfelek tudtak belépni, akik a háború kitörését követően hagyták el Ukrajnát, várandósok voltak, vagy fogamzásgátlásban, esetleg terhességmegszakításban kérték a segítségünket, és az országnak olyan területén éltek, ahol elérhetők voltak a szolgáltatásaink.

Jellemzően a humanitárius stáb heti megbeszélésein döntöttünk arról, hogy egy bejövő megkeresést el tudunk-e vállalni, és ha igen, akkor melyik munkatársunk veszi fel a kapcsolatot az ügyféllel. Ez nagyban függött a megkeresés természetétől, a munkatársak szabad kapacitásától és a földrajzi elhelyezkedéstől. Az alábbiakban sorra vesszük, hogy milyen típusú szükségletek kielégítésében számíthattak támogatásra a hozzánk forduló menekült nők.

2.4.1. Mentális és pszichoszociális támogatás sorstársi alapon

Az EMMA Egyesület tíz éve nyújt közvetlen lelki támogatást nőknek, egyrészt egy telefonos lelkisegély vonal (EMMA Vonal) működtetésével, másrészt alkalmilag szerveződő női csoportok (EMMA Műhely) keretében. A humanitárius programban erre a szakmai és sorstárs segítői tapasztalatra támaszkodtunk, átemelve azt a módszertant és megközelítésmódot, amit egy évtizede sikeresen alkalmazunk a nők mentális és lelki jóllétéért végzett munkánk során.

Alapfogalmak, eszközök és megfontolások

- **Segítő beszélgetés:** Ezek olyan beszélgetések, ahol a nők szabadon megoszthatják az élethelyzetükből fakadó és a reproduktív egészséggel összefüggő pozitív és negatív érzéseiket, élményeiket. A beszélgetés célja nem a tanácsadás, hanem a meghallgatás: egy biztonságos tér megteremtése és megtartása, ahol a támogatott megtapasztalhatja az együttérzést és a megértést.

- **Empatikus odafordulás:** Azt jelenti, hogy érzékenyen figyelünk a nők érzéseire, szükségleteire és tapasztalataira; a megéléseiket valódinak és jogosnak ismerjük el, nem kérdőjelezzük meg azokat. A meghallgatás mellett ez az odafordulás segít a nőknek mélyebben megérteni saját érzéseiket és szükségleteiket, és egyre bátrabban kifejezni ezeket.

- **Értő figyelem/aktív meghallgatás:** Az értő figyelmet tanúsító jelenlét egyfajta biztosítéka annak, hogy a nők azt érezhessék, hogy őszintén meghallgatják és megértik őket; így elősegíti a biztonságérzet kialakulását is, és utat ad annak, hogy szabadon kifejezhessék az érzéseiket és a szükségleteiket. A meghallgatás során a segítő igyekszik félretenni a saját érzéseit, gondolatait, hogy kizárólag a másik félre figyeljen – illetve csak annyiban enged teret vagy nyúl vissza saját érzésekhez, gondolatokhoz (például a másikéhoz hasonló tapasztalataihoz), amennyiben ez a másik számára támogató jelenlétet, a kapcsolódást szolgálja. Az értő figyelem célja, hogy ne azt halljuk csak, amit hallani akarunk, hanem azt, amit mondani akarnak nekünk. Ha aktívan hallgatunk meg valakit, akkor teljes figyelmünket a beszélőnek szenteljük és nem szakítjuk meg a mondanivalójában, nem térítjük el eredeti közlési szándékától, valamint metakommunikációnkkal és kommunikációnkkal (pl. visszatükrözéssel, releváns kérdésekkel) világossá tesszük a számára, hogy jelen vagyunk, figyelünk rá és halljuk őt.

- **Ítélkezésmentesség:** A támogatott ügyfelekkel folytatott interakció célja a megértés, és nem a megosztott történetekről (döntésekről, motivációkról, cselekedetekről, igényekről) való ítéletalkotás; legfőképp pedig nem valamiféle ítélet kifejezése az irányukba. A nők, akiket ily módon hallgatnak meg, empátiát, szolidaritást és tiszteletet tapasztalnak meg, ami bizalmat épít, és pozitívan hat rájuk és a segítő-segített kapcsolatra is. Az ítélkezésmentesség az információátadás módját és a kérdéseket is áthatja: például a különböző egészségügyi eljárások és lehetőségek ismertetése közben és az azokkal kapcsolatban felteendő kérdések megfogalmazása révén sem fejezünk

ki értékítéletet, ami befolyásolhatná az ügyfelet, illetve ami azt éreztetné vele, hogy bizonyos választások vagy válaszok esetén lehet, hogy negatív megítélésben részesül majd a segítő részéről.

- **Sorstárs segítés:** Így nevezzük azt, amikor a segítőnek is van személyes tapasztalata azokról a fajta kihívásokról, amikkel a támogatott szembenéz; a segítő tudatos ezzel a saját tapasztalattal kapcsolatban; és ezek a tapasztalatok megjelennek a támogatói folyamatban az empátia és szolidaritás kifejezésének érdekében. Ez a fajta sorstársi kapcsolódás kapukat nyithat egymás felé; elősegíti a segített és a segítő közötti hierarchizáló elbillenés megelőzését; és nagyban hozzájárul a bizalmi kapcsolat kialakulásához. Különösen sokat számít ez a tabunak számító, ritkán kimondott, másokkal ritkán megvitatott témák kapcsán, mint a reproduktív és szexuális egészséghez kapcsolódó helyzetek és állapotok.
- **Határszabás és reflexió:** Az empátián és szolidaritáson alapuló bizalmi kapcsolódásokban előfordulhat túlzott bevonódás a segítő részéről, ezért ennek kockázatát jó időről időre tudatosítani, és megelőző lépéseket tenni. Hatékony eszköze lehet a megelőzésnek a határszabás. A határszabás egyik módja a keretek világos kijelölése az ügyféllel, hogy a segítő és segített számára is tiszták legyenek a szerepek és a vállalások. Ezekre a keretekre vissza is utalhat a segítő a maga vagy a támogatott fél számára, ha a viszony elkezdene túlcsúszni rajtuk. Másrészt fontos előfeltétel, hogy a segítő maga is tisztában legyen saját érzelmi és szakmai határaival. Ennek fontos eszköze a szupervízió, ami teret biztosít a rendszeres reflexióra és a tapasztalatok megosztására másokkal, így segít abban, hogy a segítők tudatosak maradjanak a működésükkel kapcsolatban, és megőrizzék a szükséges érzelmi távolságot és saját érzelmi jóllétüket.

A gyakorlat

A mentális és pszichoszociális támogatásra nemcsak egy programelemként tekintettünk, hanem mint szolgáltatásokon átívelő tevékenységre, ami jelen volt a támogatói kapcsolat teljes folyamatában. Azok a beszélgetések, amiket a menekült nőkkel folytattunk, mind a fenti megközelítést tükrözték és ezeket az eszközöket alkalmazták, de térben és időben nem voltak olyan keretekhez kötve, amik általában a pszichoszociális támogatási formákat jellemzik és amikhez – társadalmi és gazdasági hátterünkből adódóan – akár mi, segítők is hozzá vagyunk szokva. A beszélgetések tehát nem külön erre a célra kijelölt ülések keretében zajlottak, fix időkeretekkel, adott számú alkalomban megállapított segítői folyamatként; hanem a nőkkel való közös munka során teremtettünk teret és időt a kapcsolódásra, a megosztásra-meghallgatásra, és így lehetőséget a bizalmi kapcsolat kialakulására. Sok esetben ezek a beszélgetések spontán alakultak ki köztünk és a nők között a szálláshelyeken, a nők otthonaiban tett látogatások, vagy az egészségügyi intézményekben történő – gyakran órákon át tartó – várakozások során. Az ilyen beszélgetések organikus kialakulása természetesen akkor lehetséges, ha van olyan közös nyelv, amit a kísérő/terepmunkás és az ügyfél is beszél.

Ezekben a beszélgetésekben mindig a menekült nőknél volt az irányítás, ők döntötték el, hogy mit szeretnének megosztani és mennyire érzik biztonságosnak a felénk való megnyílást. Meséltek magukról, a gyerekeikről és a családjukról, korábbi szülésélményeikről, a háború okozta traumákról, az ellenük elkövetett visszaélésekről, az egzisztenciális szorongásaikról, de a vágyaikról, örömeikről és reményeikről is. Munkánk során számos alkalommal tapasztaltuk azt, hogy ez a fajta organikus tér, amiben tényleges jelenlétet biztosítottunk, segítette a nők kapcsolódását velünk és sokkal inkább összeegyeztethető volt komplex élethelyzetükkel. Mert bár a pszichoszociális támogatásra nagy szükségük volt, nem volt tapasztalatuk arról, hogy ez az igény hogyan artikulálható; illetve gyakran mellőzötté váltak, vagy a legutolsó helyre kerültek a megosztással és lelki támogatással kapcsolatos szükségletek, köszönhetően a krízishelyzeteknek és az alapszükségeleteik kielégítésében tapasztalt nehézségeknek, amikkel folyamatosan szembesültek. Abban az esetben, ha térben és időben elkülönített, terápiás jellegű ülésekre hívtuk volna az esetkezelésbe bekerülő ügyfeleket (amihez újabb gyermekfelügyeletet, odajutást, stb. kellett volna szervezniük, és ami jellegében idegen lett volna számukra), ezek a fontos beszélgetések valószínűleg sosem valósultak volna meg.

Ahogyan fentebb is kiemeltük, igazán hatékonyan csak magyar nyelven tudtunk pszichoszociális támogatást nyújtani. Az ukrán anyanyelvű nők esetében nyelvi akadályok nehezítették ezt a fajta támogatást. Nem állt ugyanis rendelkezésünkre megfelelő számú és felkészültséggel rendelkező tolmács, akit bevonhattunk volna az esetkezelésbe. Mindaddig, amíg nem volt olyan munkatársunk a programban, aki közös nyelvet beszélt az ukrán anyanyelvű nőkkel, az ő lelki támogatásuk csak korlátozottan volt biztosítható. Mégsem mondtunk le ezeknek a nőknek a támogatásáról. A velük való kommunikációban tolmács applikációkat használtunk, amik kétségtelenül korlátozták a lehetőségeinket, viszont a metakommunikációs eszközökkel (együttérző tekintettel, mozdulattal, gesztusokkal, esetenként érintésekkel) kiegészítve megélhették, hogy mellettük állunk, és nincsenek egyedül.

Munkatársaink 2023 őszén interjús kutatást készítettek, amelynek összefoglaló tanulmánya az *„És akkor odaértünk a határra: egymillió nő volt!" Ukrajnából menekült roma nők tapasztalatai a szexuális és reprodukciós egészségügyi ellátás terén Magyarországon – az EMMA Egyesület Humanitárius Programjának tükrében* címet viseli (Kupcsok et al, 2024). Az interjúkban az esetkezelésbe bevont nők arról is beszámoltak, hogyan élték meg ezt a fajta lelki támogatást. A kutatók a következőképpen foglalták össze a nők megéléseit:

> *„Szerintük az teszi különlegessé az egyesületet, hogy empátiával, odafigyeléssel fordulnak feléjük. A nőiség megélése pedig mint alapvető tapasztalás, összeköti a segítőt és a segítettet. A terepmunkások nem csupán szakmai segítséget nyújtanak, hanem személyes kapcsolatokat is kialakítanak, ami jelentős érzelmi és lelki támogatást jelent a nők számára. Ezt nevezik az interjúalanyaink különlegesnek, mivel más segítő szakembertől ilyen típusú támogatásban nem részesültek."*

És néhány idézet a nőkkel készített interjúkból:

„Neki mindent el tudunk mesélni. [...] Bármiről tud tanácsot adni és én is megosztok vele bármit [...] Hát vele ellennék egész nap. [...] El tudunk beszélgetni, nemcsak a terhességről, nemcsak a babáról, hanem bármiről."

„Nagyon megszerettem, és nagyon jó vele lenni. Szeretek vele beszélgetni, mert meghallgat. Már nincs kivel beszélgetnem se, csak így, ha neki elmondok mindent. [...] Ilyen jót nem tett velem senki, még az anyukám se. […] a halál szájában voltam [a szülésnél], [...] de ő mellettem volt."

„Nagyon jó, áldott ember [...] És az ember lelkét meg tudja nyugtatni, és nagyon jó ember."

2.4.2. Szülészeti ellátás

Magyarországi szabályozás és ellátórendszer

A magyarországi szülészeti ellátás nagyon medikalizált, ami abban nyilvánul meg, hogy az ellátást végzők a szülésre mint orvosi eseményre, gyakran mint potenciális egészségügyi problémára tekintenek, amit orvosi beavatkozásokkal kell felügyelni és kontrollálni. Ebben a szemléletben csorbul a szülő nő autonómiája és háttérbe szorul a szülés természetes folyamata. A várandósgondozás során magas a szakembervizitek száma: egy várandós nőnek jellemzően havi egy alkalommal meg kell jelennie a szakorvosnál és a védőnőnél is, emellett pedig háromhavonta el kell járnia laborvizsgálatokra és ultrahang vizsgálatokra. A vizsgálatokon való részvétel hivatalosan nem kötelező, de aki nem vesz részt azokon kellő számban, eleshet pénzügyi támogatásoktól és megkaphatja a „gondozatlan várandós" bélyeget, amely az ellátás során hibáztató, büntető bánásmóddal, de akár gyermekvédelmi következményekkel is járhat (gyermekveszélyeztetési indokkal).

A szülészeteken igen magas a beavatkozások aránya. Gátmetszést rutinszerűen végeznek a hüvelyi szülések mintegy 70%-ánál, míg az Egészségügyi Világszervezet (WHO) javaslata szerint ez csak a szülések 10 százalékában lenne feltétlenül szükséges. A császármetszések aránya pedig 40% fölötti és folyamatosan emelkedő tendenciát mutat, holott az 1980-as évektől kezdődően vizsgált adatok azt mutatják, hogy az anyai és újszülötti halálozás körülbelül 10-15% császármetszési arányig csökken, de 20% fölött további egészségügyi előnyök már nem mutathatók ki (Ayres-de-Campos et al., 2024).

Az ellátásban jelen van a szülészeti erőszak, ami a várandósságuk, szülésük idején a nők ellen irányuló, egészségügyi intézmények dolgozói által elkövetett erőszak nemzetközileg is elfogadott elnevezése (vö. „obstetric violence"). Ez egy soktényezős, összetett megsértése az emberi jogoknak, és egyúttal egy közegészségügyi jelentőségű, rengeteg negatív egészségügyi következménnyel járó jelenség.

A szülészeti erőszak sok formát ölthet: megjelenhet szóbeli, fizikai, pszichológiai vagy szexuális erőszakként, társadalmi megkülönböztetésként, megbélyegzésként és előítéletként, elhanyagolásként, magára hagyásként, a magánélethez, önrendelkezéshez való jog megsértéseként, az eljárások és technológiák nem megfelelő alkalmazásaként.

A hátrányos helyzetű, alacsony jövedelmű és a választott kísérőktől megfosztott nők az átlagnál is nagyobb arányban szenvednek el szülészeti erőszakot (Hakimi et al, 2025).

Szülészeti ellátást térítésmentesen 2021 óta a területileg illetékes kórházban ügyeletben, azaz fogadott orvos és szülésznő nélkül lehet csak igénybe venni. Az a kevés, privilegizált helyzetű nő, aki a jobb ellátás, az emberséges és tiszteletteljes bánásmód reményében (ugyan erre sehol nincs garancia) anyagilag megengedheti magának, magánorvoshoz jár a várandósság idején, és milliós összeget fizet ki a magánszülészeten azért, hogy olyan szakemberek vegyék körül, akiket legalább ismer, akikben bizalma van, akikkel 9 hónapig készült a szülésre. A várandós nők többségét ugyanakkor – ideértve az Ukrajnából elmenekült nőket is – az állami szakellátásban gondozzák térítésmentesen, és a területileg illetékes kórházban szülnek ügyeletben. Ők fokozottan ki vannak téve az ellátásból adódó összes ártalomnak.

Az egészségügyi ellátórendszerben mindezeken túl jelenlévő etnikai alapú megkülönböztetés, egyenlőtlenség, rendszerszintű rasszizmus súlyos következményekkel jár a roma nőkre nézve, megnehezítve hozzáférésüket a szexuális és reproduktív egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokhoz. A negatív tapasztalatok rövid és hosszú távon is kihatnak a nők egészségére, hiszen összességében növelik az egészségüggyel és az abban dolgozó szakemberekkel szembeni bizalmatlanságot, emiatt kerülik az egészségmegőrző, prevenciós (megelőző) jellegű szolgáltatásokat; és halogatják azt is, hogy a felmerülő egészségügyi problémáikkal szakemberhez forduljanak.

Módszertani megfontolások és eszközök

A várandósok támogatása nagyon összetett feladat, ezért a megfelelő szakemberek bevonása kulcsfontosságú a megvalósításhoz. Ezek a szakemberek lehetnek szülésznők, dúlák, perinatális és laktációs tanácsadók. Fontos, hogy ők a szervezeten belül közvetlenül elérhetőek legyenek, és be lehessen vonni őket az esetgondozásba. Erre azért is van szükség, mert számtalan olyan kérdés merül fel a várandós nőkben, amelyek gyors reagálást vagy megnyugtatást szolgáló információátadást tesznek szükségessé, de nem feltétlenül orvosi kompetenciák.

A szülészeti ellátásban tapasztalható ártalmak rendszerszintű problémák tünetei, így azok kiküszöbölése nem reális célkitűzés. Mindemellett törekedni lehet az ártalmak csökkentésére és arra, hogy a nők ne maradjanak magukra ebben a diszfunkcionális rendszerben. A nők várandós vizitre kísérése során egyszerre van szükség az ellátáshoz való hozzáférés érdekében végzett érdekérvényesítő munkára és a bánásmódból adódó

ártalmak csökkentésére. Egyes esetekben ezek már pusztán azáltal megvalósulnak, hogy a nők nem egyedül jelennek meg a rendelésen. Máskor a nők érdekeinek és betegjogainak képviselete és érvényesítése határozott, magabiztos fellépést, aktív és asszertív kiállást tesz szükségessé. Az egészségügyi rendszerben tapasztalható hatalmi dinamikák ismerete segítséget nyújt ahhoz, hogy reálisan felmérjük, meddig mehetünk el egy-egy interakcióban, és mikortól fenyeget az a veszély, hogy a fellépésünkkel akár árthatunk is a kísért nőnek – leginkább azzal, hogy retorzióként megtagadják tőle az ellátást.

Fontos tisztában lenni a betegjogokkal és a jogérvényesítés lehetőségeivel is, mert előfordulhatnak olyan helyzetek, amikor komoly jogsértéseket tapasztalunk. Ezek ismerete és megnevezése már az akut érdekérvényesítő kommunikációban is hasznos lehet, de különösen akkor elengedhetetlen, ha szükségessé válik valamilyen panasztételi folyamat elindítása (lásd Enikő esete). Ha ezek az információk nem vagy nehezen hozzáférhetőek, akkor külső szakember bevonására lehet szükség.

A gyakorlat

A várandós nők támogatása hosszú távú, szoros elköteleződést igénylő feladat volt. Ez a folyamat általában több hónapon át tartott, és folyamatos jelenlétet, valamint különféle vizsgálatok megszervezését és pszichoszociális támogatást tett szükségessé. Szervezetünk tíz évre visszanyúló tapasztalattal rendelkezik a várandós és kisgyermekes anyák lelki támogatásában, és jól ismerjük azokat a kihívásokat, rendszerszintű problémákat, amelyekkel egy nő a szülészeti ellátórendszerben szembesülhet. Így jelentős segítői tapasztalattal tudtuk elkezdeni a menekült várandós nők és frissen szült anyák támogatását.

A program során több kiskorú várandóst is kísértünk, ugyanis a kárpátaljai roma nők egy zártabb, hagyományosabb közösségből érkeztek, ahol a házasélet korai megkezdése a mai napig elfogadott és elterjedt (lásd Vanda és Izabella esete). A fiatalok akár már 15 éves korukban „összeházasodnak”,[5] a hamar megfogant első gyermeket vállalják, és a szélesebb családi közösség segítségével nevelik fel. A kiskorú várandós lányok esetében gyámhatósági ügyintézéssel is számolnunk kellett (lásd Vanda esete).

A nők hozzáférése a szülészeti ellátáshoz rendeletileg ugyan biztosítva volt, a gyakorlatban viszont sok akadályba ütközött. A hazai ellátórendszer előjegyzési alapon, időpontfoglalási kötelezettség mellett vehető igénybe, a várólisták hosszúak. Külön kihívást jelentett a menekült nőknek, hogy ez nagyban eltér az ukrán rendszertől. Ügyfeleink egy olyan egészségügyi rendszerhez voltak szokva, amelyben pénzért bárki bármilyen orvosi vizsgálathoz rövid időn belül hozzájuthatott (akár műtétekhez is, pl. abortusz, császármetszés). Ennek a biztonságossága, szakmai megalapozottsága egyértelműen megkérdőjelezhető, mindenesetre fontos háttérinformáció ahhoz, hogy tudjuk, milyen egészségügyi rendszerben szocializálódtak az ügyfeleink. A rendszerbeli különbségekhez

5 Az idézőjel oka, hogy ez jellemzően nem jár hivatalos családjogi, adminisztratív értelemben vett házasságkötéssel, hanem szokásjog szerint tekinti a közösség a párválasztást házasságnak.

sorolható még – és sok menekült nő számára okozott nehézséget (lásd Renáta esete) –, hogy hazánkban nagyon alacsony az állami ellátásban elérhető nőgyógyász doktornők aránya. Sok az olyan körzet, ahol egyetlen női orvos sem érhető el.[6] Hiába igyekeztünk a nők szükségleteire és igényeire reagálni és biztosítani számukra a kívánt ellátást, erre sokszor nem volt módunk: többeknek lett volna fontos, hogy ne férfi orvoshoz kerüljenek, mint ahány ügyfélnél ezt végül meg tudtuk oldani.

Az időpontfoglalási kötelezettség egy túlságosan magas belépési küszöbnek bizonyult a menekült nők számára. Ha kaptak is segítséget ahhoz, hogy tudják, hova kell időpontot foglalni, az ukrán anyanyelvűek a nyelvi korlátok miatt nem tudták ezt telefonon megtenni, a magyar ajkú roma nők pedig azért nem, mert nem volt SIM-kártyával rendelkező telefonjuk. Ha személyesen jelentek meg időpontot kérni, sokszor az ellátásra való jogosultságukat kérdőjelezték meg, és elküldték őket. Ezeknek az akadályoknak a leküzdésében és az érdekérvényesítésben a kezdetektől számíthattak ránk. Ennek a tevékenységnek a szükségességét legérzékletesebben a nők történetei adják vissza (lásd Vanda és Enikő esete), illetve azok az idézetek, amelyek az interjús kutatásból (Kupcsok et al, 2024) származnak: *„EMMA előtt elküldtek a kórházból, nincsenek feljogosítva, azt mondták. EMMA-val már elláttak, rendesen beszéltek velem."* (Timi), *„Ha meghallják, hogy alapítványból jött, akkor másképp állnak az emberrel. Valaki ott áll, valaki segít neki, akkor már másképp foglalkoznak vele. […] Ha akárhova elmentünk, akkor fogadtak, szépen beszéltek, normálisan. Itt meg még be se jutottam a vizsgálószobába, mikor egyedül mentem."* (Kriszti).

A vizsgálatokra történő személyes kísérés az érdekérvényesítés mellett további előnyökkel is járt. Amellett, hogy az érintett nők ellátáshoz jutottak, a várókban töltött, gyakran többórás várakozási idő alkalmat adott a lelki támogatásra, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szorongások csökkentésére (ez ugyanis nagyon jellemző volt), illetve a női egészséggel kapcsolatos felvilágosító beszélgetésekre.

A vizsgálóhelyiségben aztán segítettük az orvos-páciens kommunikációt és képviseltük a nők érdekeit: hogy értsék, mi történik velük és a kisbabájukkal; hogy feltehessék és választ kapjanak a kérdéseikre; hogy be legyenek vonva a testüket, egészségüket érintő döntési helyzetekbe; illetve a jelenlétünkkel igyekeztünk csökkenteni a lealacsonyító vagy durva bánásmód valószínűségét, illetve tompítani az ilyen bánásmódból adódó ártalmakat (lásd Vanda esete).

6 A Magyar Orvosi Kamara adatai szerint 2020-ban Magyarországon összesen 1642 aktív szülész-nőgyógyász szerepelt a nyilvántartásban, közülük 1440 férfi és 202 nő. Ez alapján a női nőgyógyászok aránya körülbelül 12% volt.

PRAKTIKUS TANÁCSOK NŐGYÓGYÁSZATI VIZSGÁLATRA KÍSÉRÉSHEZ

Ha nőgyógyászati vizsgálatra kísérsz egy nőt, …

… amennyiben előzetesen már megfogalmazta, hogy csak női orvoshoz menne, akkor tartsd ezt szem előtt az orvosválasztáskor.

… figyelmesen hallgasd meg, ha a vizsgálat előtt megosztaná, hogy milyen félelmekkel érkezett a vizsgálatra, mik azok a korábbi élmények, amik felelevenednek benne, mik azok a helyzetek, amiket szeretne elkerülni.

… ez alapján segítsd az érdekeit érvényesíteni a vizsgálat alatt.

… hangsúlyozd ki, hogy szabadon megfogalmazhat kérdéseket és ezekre az orvosnak válaszolnia kell, méghozzá úgy, hogy ő azokat megértse. Mindig lehetősége van további kérdéseket feltenni és megtudni, hogy adott vizsgálat/beavatkozás milyen célt szolgál, mik a kockázatok, előnyök, hátrányok. Segítsd a kommunikációt a szakszemélyzettel.

… fontos, hogy a nő tisztában legyen azzal, hogy ő hozhatja meg a döntéseket a kezelését illetően, ezért joga van visszautasítani beavatkozásokat.

… beszéljétek át, hogy mire számítson, mi várható a vizsgálat során.

… fontos kérdés szokott lenni például, hogy lesz-e hüvelyi vizsgálat, amihez le kell vetkőzni. Ha ez nagyon feszélyezné a kísért nőt, akkor javasolhatod neki, hogy érkezzen a vizsgálatra hosszú szoknyában, amit hagyjon magán és csak hajtsa fel a vizsgálóágyra felülve, elkerülve így, hogy fedetlen alsótesttel kelljen járkálnia a rendelőben.

… beszéljétek át, hogy mit szeretne, te hol legyél a vizsgálat alatt (bent a helyiségben a feje mellett, hogy szükség esetén a fizikai jelenléteddel, szemkontaktussal, egy kézszorítással tudd támogatni őt; esetleg bent a rendelőben, de diszkréten elfordulva; vagy akár kint a váróban).

… biztosítsd róla, hogy ha bármikor szeretné, hogy kimenj a vizsgálóból, azt jelezheti bátran, te semmiképp sem fogod magadra venni.

… tegyél meg mindent annak érdekében, hogy a nő minél inkább biztonságban tudja érezni magát a vizsgálat teljes időtartama alatt.

A szüléshez közeledve aztán szülésfelkészítő beszélgetéseket is tartottunk, hogy az először szülők minél felkészültebben várhassák kisbabájuk születését, illetve hogy a többedszer szülők is megértésre, tudatosságra, átlátásra tegyenek szert – akár visszamenőleg is – azzal kapcsolatban, hogy korábbi szüléseiknél mi történt velük az ellátás során.

Dilemmát jelentett számunkra, hogy a dúlai tapasztalattal bíró munkatársak szüléseket is kísérjenek-e, vagy erre külön kérjünk fel dúlákat. A gyakorlatban aztán az derült ki, hogy a szülések kísérése a kapacitásokat túlzottan megterhelő vállalás és az ilyen jellegű készenlét nehezen összeegyeztethető a mindennapi támogatási feladatokkal, ezért külsős dúlák felkérése mellett döntöttünk (lásd Natasa esete). Annak érdekében, hogy a gondozás folyamatosságát biztosítani tudjuk, a dúlákat a szüléshez közeledve bevontuk már a támogatói munkába, hogy velük is kialakuljon egy bizalmi kapcsolata az ügyfeleknek, majd a szülést követően is jártak velünk a nőkhöz néhány alkalommal, és csak ezt követően búcsúztunk el tőlük. Ez a gyakorlat aztán mindenki megelégedésére működött.

A szülést követően minden nőnek felajánlottuk a fogamzásgátlás lehetőségét, amivel a nők többsége élt is, így sokukkal a segítői kapcsolat a fogamzásgátló eszköz felhelyezését követően zárult le (lásd Vanda, Renáta és Enikő esete).

2.4.3. Nem kívánt terhesség

Magyarországi szabályozás és ellátórendszer

Az Európai Unió legtöbb országában a korai terhességmegszakításra kétféle lehetőség kínálkozik: a gyógyszeres és a műtéti abortusz. A gyógyszeres abortusz a legtöbb nő számára megfelelő megoldás lehet a terhesség korai szakaszában. Ez a módszer kevesebb kórházban töltött napot, kevesebb altatást, érzéstelenítést és sebészeti beavatkozást jelent, és ezáltal az ezzel járó szövődmények előfordulása is kevesebb. Magyarországon ugyanakkor csak a műtéti terhességmegszakítás érhető el legálisan.

Terhességmegszakításra[7] a terhesség 12. hetéig, 18 év alattiak esetében 18. hétig, illetve bizonyos feltételek esetén későbbi időpontig (lásd Evelin esete) van mód. A terhességmegszakításnak nem feltétele az apa beleegyezése, kiskorú kérelmező esetén a törvényes képviselő beleegyezésére viszont szükség van. A terhességmegszakítás térítési díja 2025-ben 45 312 forint. Ha a terhesség bűncselekmény (szexuális erőszak) következménye vagy egészségügyi okok állnak a háttérben, akkor nem kell fizetni a megszakításáért; illetve bizonyos feltételek mellett lehet kérni a díj csökkentését. Terhességmegszakítás kérhető „súlyos válsághelyzet" esetén is, aminek törvényi meghatározása, hogy „testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okoz". Ennek megítélése a kérelmező feladata, ezt nem kell igazolni, bár a kötelező tanácsadáson (ld. lejjebb) megvitathatják. Kiskorú vagy gondnokság alatt álló kérelmező esetén a törvényes képviselő beleegyezésére van szükség.

Mivel jellemzően 4-6 hetesen derül fény a terhességre, az ügyintézéshez maximum 6-8 hét áll rendelkezésre. Fontos, hogy mielőbb megtörténjenek a szükséges lépések, figye-

7 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről

lembe véve, hogy sokszor egy egyszerű ultrahangvizsgálatra is többhetes az előjegyzési idő. Tekintettel arra, hogy a műtétet megelőző kötelező tanácsadások és vizsgálatok is 2-3 hetet vesznek igénybe, könnyen ki lehet csúszni a törvényben meghatározott időkeretből.

Az ügyintézés első lépése mindig egy nőgyógyászati vizsgálat, amelyen megállapítják a terhességet. 2022 óta rendeletben van szabályozva, hogy az orvosnak a „magzati életfunkciók működésére utaló tényezőt egyértelműen azonosítható módon" be kell mutatnia – ami alatt az orvosok jellemzően a magzati szívhang (pontosabban – a szív kifejlődésének hiányában – ebben a fázisban még az embrionális szívcső lüktetésének) meghallgatását értik. Érdemes ezért a vizsgálat időpontját a terhesség 6-8. hetére időzíteni, mert ez a hang ekkortól hallható.

Két alkalommal kell részt venni tanácsadáson a Családvédelmi Szolgálatnál. Ezeknek nincs területi illetékessége, azaz a lakóhelytől függetlenül bármelyik felkereshető közülük, de időpontot minden esetben foglalni kell a tanácsadásra. Az első tanácsadás – a törvényben meghatározott módon – a magzat megtartására irányul, tehát a védőnő dolga az, hogy megpróbálja lebeszélni a nőt a terhessége megszakításáról. Kutatások kimutatták, hogy ezek az ülések szelektív tájékoztatást nyújtanak az abortusz kockázatairól a terhesség kihordásával szemben, és a nők méltóságát sértő, bűntudatot keltő stratégiákat alkalmaznak (Dés, Les, 2024). A személyes tapasztalataink és az érintett nők beszámolói alapján elmondhatjuk, hogy nehéz időpontot foglalni a tanácsadásra, mivel sokszor csak nagyon rövid, hétköznapokon 30-60 perces időintervallumban lehet időpontot kérni (lásd Evelin esete).

Az első tanácsadásról a Családvédelmi Szolgálat igazolást ad. Ezt kell visszavinni a következő alkalomra. A két alkalom között kötelező háromnapos várakozási időnek kell eltelnie. A második tanácsadás már magáról a terhességmegszakításról szól: arról, hogy az hol, hogyan, milyen módszerrel történik. Emellett szó esik a családtervezésről és a műtétet követő fogamzásgátlási lehetőségekről. A második tanácsadás után 8 napon belül fel kell keresni az illetékes kórházat, ahol további vizsgálatokra kerül sor (újabb nőgyógyászati vizsgálat, laborvizsgálat, aneszteziológiai vizsgálat) és kiírják a műtéti időpontot. A műtétet altatásban végzik, ambulánsan, azaz a műtét napján haza lehet menni.

A menedékesek és a velük egy tekintet alá eső ukrán–magyar kettős állampolgárok számára a terhességmegszakítás a térítésmentesen biztosított ellátások közé tartozott.

Módszertani megfontolások és eszközök

Terhességmegszakításon végigkísérni valakit mindig komplex támogatást kíván. Elengedhetetlen hozzá ismerni a szabályozási hátteret és az egymást követő lépéseket. Az időnyomás miatt strukturált és összehangolt munkavégzésre és a teendők priorizálására van szükség. A munkatársak közötti munkamegosztás különösen fontos ilyenkor, mert a segítőnek időlegesen gyakorlatilag félre kell tudnia tenni minden egyéb, halasztást tűrő ügymenetet más kliensekkel. A helyettesítés és tehermentesítés csak összehangolt csapatmunkával lehetséges. Ezekhez jó, ha már korábban „előkészítjük a terepet" és az

ügyfeleinknek bemutatjuk azokat a munkatársakat, akik a későbbiekben, időlegesen helyettesíthetnek bennünket (lásd Evelin esete).

Az operatív feladatok mellett kardinális része ennek az ügykezelésnek az érzelmi támasznyújtás is. Az abortusz lelki hatásai nagyon egyéniek: van, aki bűntudatot és megbánást érez a döntése nyomán; van, aki mély szomorúságot él meg; de olyan is van, akinek megkönnyebbülést jelent – és ezek az érzések váltakozhatnak is. Az érzelmi hullámzás, a folyamat lépéseiből és az ellátás folyamán tapasztalt bánásmódból adódó stressz gyakorlatilag mindenkit érint. A megterhelő egészségügyi és belső folyamatok mellett előfordulnak párkapcsolati konfliktusok, egyet nem értések is, amik tovább nehezíthetik az érintett nő helyzetét. Kiemelten fontos tehát, hogy minden érintett nő számára megértő és támogató környezetet biztosítsunk, függetlenül a döntése hátterétől. Az ítélkezésmentesség és empatikus odafordulás ezekben az esetekben is kulcselemei a támogatásnak.

Sosem szabad elfeledkeznünk arról, hogy a terhességmegszakításról hozott döntés a nő személyes döntése kell legyen. Mi ehhez annyiban tudunk hozzájárulni, hogy ezt a döntést az ügyfél jól informáltan hozza meg; de hogy mit dönt végül, azt teljes egészében rá kell bíznunk.

> A szülészeti és nőgyógyászati ellátás ártalmai, legyen szó akár várandósgondozásról, szülészeti ellátásról, vagy egy nem kívánt terhesség megszakításáról, az azokat közvetlenül elszenvedő nők mellett – különösen az ismétlődő helyzetek miatt – a segítőkre is megterhelően hatnak érzelmileg és mentálisan is.

Ezzel a segítőnek és a szervezetnek is tisztában kell lennie (erre részletesebben a 3.4.1. Egyéni biztonság című fejezetben is kitérünk), és a terhek és károk mérséklésére és megelőzésére fontos lehetőséget és teret biztosítani az öngondoskodásnak és a szupervíziónak.

A gyakorlat

A terhességmegszakítás menetéről a menekült nők számára gyakorlatilag egyáltalán nem állt rendelkezésre információ (PATENT, 2023). Ukrajnában – az ügyfelek beszámolói alapján – egészen más rendszer szerint, liberálisabban működik az ellátás, ezért sokszor teljesen tanácstalanok voltak a tekintetben, hogy mit kell tenniük. Sok olyan nőről szereztünk tudomást, aki a magyarországi szabályozás átláthatatlansága, bonyolultsága és szigorúsága miatt, továbbá az elérhető információk hiánya miatt úgy döntött, hogy hazatér Ukrajnába gyógyszeres abortuszért.

Az abortusszal kapcsolatos megkeresések az ügyintézés időbeli sürgetettsége miatt mindig prioritást élveztek. Ez azt jelentette, hogy ha befutott egy ilyen típusú megkeresés, akkor azt mindig egy gyors kapacitásfelmérés követte a csapaton belül, hogy lássuk, mely munkatársunk tudja elvállalni a feladatot.

Fontos volt itt is felmérni (ha még nem ismertük az adott ügyfelet), hogy milyen erőforrásokra tud támaszkodni és milyen szükségletei vannak. Ha például a közlekedésben is segítségre szorult, akkor a földrajzi elhelyezkedés függvényében előfordulhatott, hogy csak autóval rendelkező munkatársunk tudta vállalni a kísérését.

Miután rendeleti úton szabályozták, hogy a menedékesek ingyenesen juthatnak hozzá az ellátáshoz, az állami egészségügyben intéztük a szükséges vizsgálatokat és ott történtek a műtétek is. Ennek ellenére voltak olyan ügyfeleink – zömében azok a kettős állampolgárok, akik menekültségüket nem tudták a kért bizonyítékokkal alátámasztani –, akiknek kiszámlázták a beavatkozás költségeit. Ezeket a költségeket megtérítettük. Akkor is átvállaltuk az ellátási költségeket, amikor az időnyomás miatt egy-egy vizsgálatot (pl. terhességmegállapítás, laborvizsgálat) a folyamat meggyorsítása (és a szigorú időkeretek megtartása) érdekében a magánszférában intéztünk (lásd Enikő és Izabella esete).

Az egészségügyi ellátásban gyakran tapasztalható megbélyegző, bűntudatot keltő, emberi méltóságot sértő bánásmód az abortusszal kapcsolatos ellátásban még fokozottabban van jelen. Bár az állami ellátásban orvost választani nem volt lehetőség, a Családvédelmi Szolgálatokra (CSVSZ) nem vonatkozik a területi illetékesség, így ott bizonyos fokig meg tudtuk válogatni a szakember személyét. Hogy ne tegyük ki a nőket felesleges ártalmaknak, azokhoz a védőnőkhöz igyekeztünk időpontot foglalni, akikről korábban jó tapasztalatot szereztünk már, mert emberségesen és tiszteletteljesen bántak a nőkkel.

A felvilágosító beszélgetés az abortuszra váró nők támogatásának is része volt. Több olyan ügyfelünk is volt, aki nem egyszer kényszerült megszakítani a terhességét, ezért fontosnak tartottuk átbeszélni velük a fogamzásgátlás lehetséges módjait. Tisztában voltunk azzal, hogy sok esetben az anyagi lehetőségeik akadályozták őket abban, hogy valamely fogamzásgátló eszközt alkalmazzák, ezért felajánlottuk minden abortuszon átesett nő számára, hogy a műtétet követően fogamzásgátló eszközhöz jusson (lásd Evelin esete).

PRAKTIKUS TANÁCSOK ABORTUSZHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉSBEN NYÚJTOTT TÁMOGATÁSHOZ

Miután a folyamat során nőgyógyászati vizsgálatokra és konzultációkra is sor kerülhet, az előző alfejezet keretes részében szereplő információk ebben az esetben is irányadók.

- Első lépésként időpontot kell foglalni a területileg illetékes nőgyógyászatra, hogy megállapítsák a terhességet és annak korát.
- Az időpontfoglalásnál ki kell hangsúlyozni, hogy időérzékeny vizsgálatról van szó, annak érdekében, hogy soron kívüli időpontot adjanak (jellemzően mindig van sürgős esetekre fenntartott szabad időpont).

- Fontos, hogy az időpont leghamarabb az utolsó menstruáció első napjától számított 6-8. hétre szóljon, hogy a magzati életfunkciók beazonosíthatóak legyenek már és ezáltal a kapott leleten rögzítve legyen, hogy „az állapotos nő számára az egészségügyi szolgáltató a magzati életfunkciók működésére utaló tényezőt egyértelműen azonosítható módon bemutatta” (a Családvédelmi Szolgálat védőnője csak akkor fogadja a nőt az első konzultációra, ha ez a mondat szerepel a leleten).
- Amennyiben a nőgyógyászati vizsgálat során laborvizsgálatra is kap beutalót az ügyfél, úgy oda is időpontot kell foglalni. (Nem minden esetben kap a nő beutalót, mert van, hogy a műtétet megelőzően, a kórházban készül el a vérvizsgálat.)
- Amint megvan a nőgyógyászati időpont, tulajdonképpen már lehet tudni, hogy leghamarabb mely napon tud majd elmenni a kliens a CSVSZ-hez, ezért érdemes ennek tudatában időpontot kérni (előre tájékozódjunk arról, hogy pontosan milyen időintervallumban fogadják a védőnők a telefonhívásokat!)
- A konzultációra – amennyiben a kliens jelzi erre az igényt – jó, ha el tudjuk kísérni, mert szüksége lehet érzelmi támogatásra.
- A második konzultációra leghamarabb három munkanappal később kerülhet sor. Erre jellemzően az első konzultáción adnak időpontot.
- Ha a nő nem változtatott a korábbi döntésén, akkor a második konzultációt követően 8 nap áll rendelkezésére, hogy felkeresse a műtétet végző kórházat (a terhességmegszakítást végző intézmények listája a CSVSZ-nél érhető el).
- A kórházban tett első megjelenés alkalmával még nem történik meg a beavatkozás, de az időpontját kitűzik és kiírják a műtét előtt szükséges vizsgálatokat (ami jellemzően egy laborvizsgálat, egy nőgyógyászati vizsgálat és egy aneszteziológiai konzultáció).
- A műtétet ambulánsan végzik, a beavatkozás kb. 15 percet vesz igénybe, de néhány órát (megfigyelés miatt) a kórházban kell maradni.

2.4.4. Fogamzásgátlás

Magyarországi szabályozás és ellátórendszer

A 2025. évi Contraception Policy Atlas Europe[8] alapján Magyarország a vizsgált európai országok körében a második legrosszabb helyezést érte el a fogamzásgátláshoz való hozzáférés tekintetében. Magyarországon nincs könnyen elérhető és érthető, bizonyíték alapú, hiteles információforrás a különböző fogamzásgátló eszközökről, és egyetlen fogamzásgátló módszert sem támogat az állam. Ez – különösen a hátrányos társadalmi-gazdasági státuszú, korlátozott anyagi erőforrásokkal rendelkező nők számára – nagyon megnehezíti, vagy adott esetben lehetetlenné is teszi, hogy biztonságos és hatékony fogamzásgátláshoz jussanak. Emellett több olyan fogamzásgátló eszköz is van (például a fogamzásgátló tapasz, az implantátum, a hüvelygyűrű), amely egyrészt nehezen hozzáférhető, másrészt nagyon kevés információ áll rendelkezésre róla. Az Európai Unió országai közül pedig már csak Lengyelországban és Magyarországon vényköteles a sürgősségi fogamzásgátlás (esemény utáni tabletta).[9]

A fogamzásgátló eszközök közül Magyarországon a hormonális fogamzásgátló tabletta és a méhen belüli eszközök (spirálok) használata a leggyakoribb.

> A nők gyakran kapnak téves információkat a környezetükből és az egészségügyben dolgozók részéről is ezen fogamzásgátlási módszerek előnyeiről, hátrányairól, mellékhatásairól, ellenjavallatairól, a használatukra vonatkozó ajánlásokról. Ezek a tévhitek rendkívül megnehezítik, hogy a fogamzásgátlásra vonatkozó reprodukciós döntéseket tájékozottan hozhassák meg.

A méhen belüli eszközök (spirál) felhelyezése során kifejezetten jellemzőek az Egészségügyi Világszervezet (WHO), illetve más nemzetközi szakmai szervezetek irányelveivel ellentétes gyakorlatok. A nők gyakran nagy késedelemmel jutnak csak hozzá az eszközökhöz, mert nem kapnak evidencia alapú információkat, vagy szakmaiatlan eljárásokba ütköznek. A téves információkkal szemben például méhen belüli eszközt kaphat olyan nő vagy lány is, aki még nem szült; felhelyezhető a spirál a szülés után azonnal (48 órán belül hüvelyi szülés és császármetszés esetén is), vagy a menstruációs ciklus bármely szakaszában; és a felhelyezéssel nem kell megvárni a citológia (rákszűrés) eredményét, a citológiai mintavétel megtörténhet a felhelyezéssel egyidőben, csakúgy, mint a mintavétel a nemi betegségek szűréséhez.

8 2025. évi Contraception Policy Atlas Europe

9 European Consortium For Emergency Contraception (2022): An update on access to emergency contraception in Europe; illetve a lengyelországi helyzetről (2024), ahol a sürgősségi fogamzásgátlót 2024 óta a patikus is felírhatja rövid konzultációt követően

A nemzetközi ajánlások felhívják a figyelmet arra, hogy mennyivel előnyösebb, ha a spirálfelhelyezés egyetlen vizit alatt megtörténik: költséghatékonyabb, megkíméli a pácienst a további rendelői látogatástól, növeli az eszközt igénybevevők (és általában a hatékony fogamzásgátlást alkalmazók) arányát, végső soron javítja a betegellátást (Bergin et al, 2012). Annak megértéséhez, hogy miért nem ajánlott a többalkalmas, indokolatlan előfeltételekhez kötött eljárás a spirál alkalmazásának megkezdésében, fontos figyelembe venni az ezek folyományaképp megnövekedett eséllyel bekövetkező nem tervezett terhességek kockázatait és költségeit is. Sokan vannak, akiknek a partnere nem hajlandó más fogamzásgátlási módszert (például óvszert) használni a spirál felhelyezéséig. Előfordulnak olyan esetek is, amikor a nő nem tér vissza a második látogatásra, aminek tapasztalataink szerint számos oka lehet, különösen a sérülékeny csoportoknál (az ellátásért való utazás anyagi és egyéb, logisztikai terhei; kisgyerekek felügyeletének megszervezése; a partner nem támogató magatartása, stb.). Ha a két vagy több látogatást igénylő spirálfelhelyezés végül nem jár eredménnyel, az nemcsak az egészségügyi ellátás erőforrásait veszi igénybe feleslegesen, hanem a nőnek a nem tervezett terhességgel járó érzelmi, fizikai és egészségügyi problémákkal is meg kell küzdenie. Figyelembe véve, hogy a hazai egészségügyi szolgáltatásokra az időpontfoglalás milyen körülményes, milyen hosszú várólistákkal és várakozási időkkel kell számolni, és hogy a tiszteletteljes ellátás hiánya, a méltatlan bánásmód és a negatív tapasztalatok milyen sok páciensnek veszik el a kedvét a további látogatásoktól, mindenkinek az lenne az érdeke, hogy aki spirált szeretne, az a megfelelő tájékoztatás után lehetőleg egyetlen orvosi vizittel hozzá is juthasson.

A hazai szabályozások értelmében a menedékes státusszal rendelkezőknek és azoknak, akik ukrán–magyar kettős állampolgárként (elviekben) azonos megítélés alá estek a menedékes státuszúakkal, csak azok az egészségügyi ellátások jártak térítésmentesen, amelyek esetében fennállt a „sürgős szükség". A leggyakoribb nőgyógyászati fertőzések, illetve fogamzásgátlási igények a döntéshozók és az ellátást nyújtó intézmények megítélése szerint nem tartoznak ebbe a körbe, ezért ezekben az esetekben csak térítés ellenében járt ellátás. Ez azt jelentette, hogy az anyagilag ellehetetlenült, vagy eleve mélyszegénységből érkező menekült nők számára akadályozott volt a hozzáférés alapvető nőgyógyászati vizsgálatokhoz, szűrésekhez és fogamzásgátlással kapcsolatos ellátáshoz.

Módszertani megfontolások és eszközök

Ahhoz, hogy a fogamzásgátlásban tudjunk valakit támogatni, az elengedhetetlen első lépés a megismerés. Tisztában kell lennünk azzal, hogy a nő, akit támogatunk, milyen ismeretekkel rendelkezik a női egészségről és reprodukcióról; jelenleg milyen ellátatlan szükségletei vannak; milyen korábbi nőgyógyászati (ezen belül fogamzásgátlással kapcsolatos) élményei és tapasztalatai voltak; milyen az életvitele; a párja (ha van) hogyan vesz részt a fogamzásgátlásban, és abba mennyire vonható be. Mindezek ismeretében – és továbbra is az ügyféllel együttműködve, őt bevonva, személyre szabottan – lehet hatékony segítséget nyújtani.

A megismerés mellett rendelkezésünkre kell álljanak az alapvető, evidencia alapú szakmai ismeretek a női egészségről és reprodukcióról; arról, hogy milyen fogamzásgátlási lehetőségek léteznek és ebből melyek elérhetőek; mik a tudomány jelenlegi állása szerinti javallatok és ellenjavallatok, hogy ezekről információt tudjunk adni, és hogy a felmerülő kérdéseket meg tudjuk válaszolni. Tudatában kell lennünk ugyanakkor a kompetenciánk határainak is: hogy meddig terjed a mi tudásunk és az annak átadására vonatkozó képességünk és kötelezettségünk, és honnan kezdődik az orvosi kompetencia. Ebben a legfontosabb, hogy diagnózist felállítani és közölni az orvos hatóköre, még ha utána is nézünk annak, hogy mit jelenthetnek egy nő panaszai, leletei.

A reproduktív egészségre vonatkozó tárgyi ismeretek mellett ismernünk kell az egészségügyi törvény[10] által garantált betegjogokat is, különös tekintettel az emberi méltósághoz, az önrendelkezéshez és a tájékoztatáshoz való jogokra. A törvényi előírás szerint „*A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak*". A tájékoztatás azonban az ellátást biztosítani hivatott intézmény vagy szakember részéről gyakran nem történik meg, vagy nem így történik meg (lásd Szofia és Enikő esete). Ezért a segítő tevékenységet végző szervezet munkatársa lesz az, aki támogatni tudja a tájékozott döntéshozást; tehát azt, hogy a nő a számára értelmezhető módon megkapja a szükséges információkat ahhoz, hogy dönteni tudjon az egészségét érintő kérdésekben.

Kommunikációs és érdekérvényesítő készségekre is szükség van. Az orvosi vizitek alkalmával rendszerint nem kínálkozik annyi idő, hogy a nő helyzete feltérképezésre kerüljön, és gyakori a futószalagszerű, kész megoldásokat kínáló ellátás. A mi tudásunk a nőről, egyéni szükségleteiről jól ki tudja egészíteni az orvos munkáját – már amennyiben az orvos nyitott a partneri viszonyra. Így például a releváns pillanatokban biztosíthatjuk, hogy az orvos kitérjen egy-egy kérdésre, amiről tudjuk, hogy az ügyfél számára fontosak; vagy hogy elhangozzanak azok az információk az ügyfél egészségügyi történetéből, amiknek ismerete fontos az orvos számára az adott vizsgálat vagy kezelés kapcsán. Ugyanakkor nem vesszük át az irányítást: kompetens személyként tekintünk a nőre és tisztában vagyunk a kommunikációs *közvetítői* szerepünkkel. Vagyis nem beszélünk a nő helyett vagy a feje felett, de segítjük az orvossal való kommunikációját és a jogai érvényesülését.

Míg az állami ellátásban a területi illetékesség megköti a kezünket és nem választhatunk szabadon orvost, a magánellátásban érdemes felkeresni az alapelvekkel és a szemléletünkkel (traumatudatosság, nőközpontú és tudományos bizonyítékokon alapuló ellátás, az emberi méltóság tiszteletben tartása, ítélkezésmentesség) összhangban dolgozó egészségügyi szolgáltatókat, és velük együttműködést kialakítani.

10 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

A gyakorlat

A fogamzásgátlásban nyújtott támogatás leggyakrabban felvilágosító beszélgetésekkel kezdődött. Abban, hogy ilyen intim és a közösségükben tabusított témákról beszélhessünk a roma nőkkel, elengedhetetlen szerepe volt annak a bizalmi kapcsolatnak, amit elsődlegesen kiépítettünk velük. Sokszor odaültek mellénk más női rokonok, barátnők is és együtt beszélgettünk ezekről a témákról. Sokuknak nem volt lehetősége korábban, az oktatás vagy a nevelkedésük során ismereteket szerezni arról, hogyan működik a női test, mi történik a menstruáció alatt, hogyan fogan meg egy magzat, és pontosan hogyan működnek az egyes fogamzásgátló eszközök (amik közül viszont már többet is ismertek). Mi igyekeztünk ezekről a lehető legegyszerűbben és legérthetőbben beszélni, kerülve az idegen szavakat és orvosi szakkifejezéseket.

Sürgősségi fogamzásgátlóhoz való hozzáféréssel kapcsolatban nagyon kevés megkeresés érkezett, pedig a menekülési helyzetre tekintettel eleinte többre számítottunk. A néhány bejövő megkeresés a humanitárius program telefonos vonalára érkezett, nem az esetkezelésben részt vevő nőktől származott. Minden ezzel kapcsolatos megkeresés információkérés volt, nem recepthez jutással kapcsolatos vagy pénzbeli támogatásra vonatkozó kérés.

Ahogy említettük, hazánkban a hormonális fogamzásgátló tabletták és a méhen belüli spirálok a legelterjedtebb fogamzásgátlási módszerek. A tablettás módszerről a menekült roma nőknek kevés előzetes tapasztalata volt, mert annak rendszeres és szigorú bevételi szabályait többségük nem látta összeegyeztethetőnek az életvitelével. A spirálokról viszont voltak előzetes tapasztalataik és szívesen választották is fogamzásgátlási módszerként.

A magánorvosok kiválasztása a korábban már említett módon, szemléletünknek és alapértékeinknek megfelelően történt. A magánklinikáknak az első viziteket megelőzően eljuttattunk egy összefoglalót a traumatudatos ellátásról. Fontos szempont volt továbbá, hogy olyan orvossal működjünk együtt, aki előítéletektől mentes, szociálisan érzékeny és jól érti a kiszolgáltatott női csoportok összetett élethelyzetét. Például fontos volt, hogy a rendelő/orvos megértő legyen azzal kapcsolatban, hogy hányféle módon tudott akadályokba ütközni a vizsgálatokon való megjelenés (nem volt pénz az utazásra, nem lehetett kire hagyni a gyermekeket, stb. – lásd Evelin esete); vagy hogy mennyire rugalmasan kellett tudni alkalmazkodni és gyorsan reagálni olyan esetekben, amikor valakinek szülés után vagy abortuszt követően sürgősen fogamzásgátlást kellett intézni, mert a férfipartnerek együttműködésére a fogamzásgátlást illetően nem lehetett számítani, és az a veszély fenyegetett, hogy a nő hamar újra teherbe eshet.

A spirál igénylésével kapcsolatos ügymenet időben jól tervezhetően zajlott, jellemzően kétszeri (ritkábban egyszeri) találkozással: 1. konzultáció, méhnyakrákszűrés és spirálfelhelyezés; 2. kontroll. A fogamzásgátlásban nyújtott segítség rövidebb távú elköteleződést igényelt a munkatársak részéről, ezért azok, akik ilyen támogatást nyújtottak, több klienst is el tudtak vállalni, mint azok, akik várandós nőket kísértek.

PRAKTIKUS TANÁCSOK FOGAMZÁSGÁTLÁSSAL KAPCSOLATOS BESZÉLGETÉSHEZ

Ha az ügyfél használt már korábban fogamzásgátló eszközt, akkor biztosíts lehetőséget arra, hogy meséljen a tapasztalatairól, mi vált be számára, milyen szempontok szerint mérlegelt az előző eszköz választásnál.

Jó, ha beszélsz az ügyféllel…

… a megfoganás menetéről – lehetőleg szemléltetőeszközök segítségével – és a női szaporító szervrendszerről, annak működéséről.

… a különböző fogamzásgátló eszközökről, előnyeikről és hátrányaikról.

Spirál igénylése esetén…

… a spirálok két típusáról (hormonos és hormonmentes) és azok működési mechanizmusáról, illetve arról, hogy ezeknek milyen kézzelfogható hatásai lehetnek a mindennapi életre.

… arról, hogy mik azok a tünetek, amikkel a spirál felhelyezését követően mindenképp orvoshoz kell fordulni (erős vérzés, erős alhasi fájdalom, láz).

… az évenkénti kontroll jelentőségéről, a biztonságos használat időintervallumáról, és arról is, hogy bármikor meggondolhatja magát és levetetheti az eszközt.

… arról, hogy mire lehet számítani az orvosi vizsgálat alatt (ebben lehetnek eltérések rendelőnként/orvosonként).

A nem kívánt terhesség kockázatának minimalizálását szem előtt tartva egy spirál felhelyezés során ideális esetben ezek a lépések követik egymást:

1. Az orvos felveszi az anamnézist.
2. Tájékoztatást ad az eszközről, amit meg is lehet nézni, fel lehet tenni kérdéseket.
3. Hüvelyi ultrahangvizsgálatot végez, és megnézi, van-e bármi akadálya a spirál felhelyezésének.
4. Amennyiben nincs egy éven belüli negatív rákszűrés lelete a nőnek, akkor az orvos elvégzi a méhnyakrákszűrést. A mintavétel a menstruáció alatt nem javasolt, ezért ha a vérzés alatt történik az eszköz felhelyezése, a rákszűrésre a felhelyezést követően, a vérzés elmúltával kell sor kerüljön. Az eszköz a menstruációs ciklus bármelyik szakaszában felhelyezhető, bár a menstruáció alatt általában könnyebb feltenni.

5. Az eszköz felhelyezése pár percet vesz igénybe. Ha nincs vérzés, akkor jellemzően ellenőrzi a doktor egy szondával a külső és belső méhszáj átjárhatóságát, szükség esetén egy eszközzel „megfogja” a méhszájat (ami a legkellemetlenebb, de viselhető fájdalmú része a folyamatnak) és felrakja a spirált.
6. Felléphet enyhe rosszullét (szédülés, alhasi görcsölés), ezért érdemes fekve maradni és megvárni a tünetek enyhülését.
7. Az orvos újabb ultrahangvizsgálattal ellenőrzi, hogy jól helyezkedik-e el a spirál.
8. Előfordulhat vérzés, ami miatt jó előre szólni a nőnek, hogy hozzon betétet, vagy gondoskodjunk róla mi (magánrendelőkben jellemzően biztosítanak).
9. Az orvos tájékoztatást nyújt arról, hogy mire kell figyelni a következő 48 órában (ne kerüljön semmi a hüvelybe – ezért nem szabad tampont használni és szexelni sem, illetve fürdőkádba ülni), és mikor esedékes a kontrollvizsgálat.

Személyes jelenlétre ennél a szolgáltatásnál is szükség volt, bár itt maga a hozzáférés adminisztratív és jogi okokból nem volt akadályozott, mivel ezek az esetkísérések minden esetben a magánellátásban történtek. Ugyanakkor személyes szinten sok olyan nehézségbe ütköztek a nők, amelyek megakadályozhatták volna az ellátáshoz jutásukat. Sokan voltak, akik maguktól nem tudtak eljutni a rendelésre: vagy azért, mert lakott területen kívül, vagy tömegközlekedéssel nehezen megközelíthető helyen volt a szállásuk; vagy mert megfelelő írni-olvasni tudás és helyismeret hiányában nem találták volna meg az adott helyszínt; vagy mert nem volt kire hagyni a gyereküket a vizsgálat idejére; vagy mert nem volt pénzük közlekedésre – vagy magára az ellátásra és a fogamzásgátló eszközre. A személyes kíséréssel mindezeket az akadályokat sikerült elhárítanunk. Emellett a foglalt időpontokon való pontos megjelenést is tudtuk ily módon biztosítani, ami minden magánszolgáltató oldaláról elvárásként fogalmazódott meg.

2.4.5. Adminisztratív támogatás

A magyarországi kontextus

A menekültellátásban számos olyan adminisztratív teendő van, amelyek szükségesek az érintett menekült személy jogszerű tartózkodásához, az ellátások igénybevételéhez (lakhatás, egészségügyi és szociális ellátások, pénzbeli támogatások) és az integráció megkezdéséhez. Ezekről az eljárásokról – könnyen hozzáférhető módon – rendelkezésre kell álljanak tájékoztatók, praktikus gyakorlati útmutatók, és elérhetővé kell tenni olyan szolgáltatásokat is, melyek keretében szakemberek eligazítást vagy konkrét segítséget nyújtanak az ügyintézéshez. Ennek a biztosítása állami feladat.

A magyar állam ugyanakkor a 2015-ös menekültválságot követően szisztematikusan elkezdte leépíteni a (korábban sem kimagasló, de legalább létező) menekültellátás és integrációs szolgáltatások teljes körét (Juhász, Molnár, Zgut, 2017), jelentős ellátási lyukakat hagyva így a rendszerben. Ez az adminisztratív ügymeneteket is érintette. A megérkezést követő regisztráció menete például egy jól kommunikált és egyértelmű eljárás volt, amely során először humanitárius tartózkodási engedélyt, majd menedékes státuszt kaptak az ukrán állampolgárságú menekültek. Azonban – többek között – az ukrán–magyar kettős állampolgárok ellátási jogosultságait, vagy a befogadó országban született gyermekek anyakönyvezését érintő ügymenetek egyáltalán nem voltak tisztázottak. Ezekből az eljárásrendi hiányosságokból kifolyólag nagyon sok Ukrajnából menekült személy ütközött adminisztratív nehézségekbe, és sokuk számára nem volt elérhető olyan szolgáltatás, ami az akadályok leküzdésében segített volna.

Az ukrán–magyar kettős állampolgárok nem kérvényezhettek menedékes státuszt. Menedékes okmány hiányában az ő jogállásuk, térítésmentes ellátás igénybevételére jogosító státuszuk nehezen volt tisztázható például egy egészségügyi ellátás során. Azt, hogy ők is a háború kitörése után, a fegyveres konfliktus elől menekültek Magyarországra, az útlevelükben lévő pecséttel kellett volna igazolniuk. Csakhogy a határátlépésnél történő pecsételés – főleg a menekülthullám elején, amikor nagyon sokan indultak meg a határ felé – egyrészt nem volt egy szisztematikus gyakorlat, másrészt a kettős állampolgárok az ukrán oldalon ukrán útlevéllel, a magyar határon azonban rendszerint magyar útlevéllel keltek át, amibe nem került automatikusan pecsét. Ennek hiányában bizonyító ereje volt még annak is, ha a magyar lakcímkártyájukon a bejelentett lakcímnél külföldi (ukrán) cím szerepelt. Amennyiben ez nem állt rendelkezésükre, sokszor azt javasolták nekik (hivatali szervek is!), hogy térjenek vissza a háborús országba és hozzanak onnan igazolást arról, hogy ott van a bejelentett lakcímük. Ez a szabályozás a gyakorlatban nem működött, és sok visszás helyzetet eredményezett. Az egészségügyi szolgáltatók gyakran inkább megtagadták a kettős állampolgároktól a térítésmentes egészségügyi ellátást (lásd Enikő esete).

Magyarországon az állampolgárságot elsősorban a leszármazás elve és nem születési hely alapján állapítják meg. Tehát ha külföldi szülők gyermeke Magyarországon születik, akkor a gyermek állampolgársága attól függ, hogy a szülei milyen állampolgárságúak.

Az állampolgárságot az újszülöttek viszont nem kapják meg automatikusan. A megszületést követően ismeretlen állampolgárságúnak anyakönyvezik őket és egy külön eljárásban, Ukrajna Magyarországi Nagykövetségén tudják kérvényezni az ukrán állampolgárság bejegyzését. Ez egy meglehetősen bonyolult, többlépcsős és költséges eljárás, amelyről alig áll rendelkezésre hivatalos információ, és amely komoly anyagi terhet jelentett sok menekült családnak.

Az anyakönyvezési eljárásban van még egy fontos mozzanat: az apának mint szülőnek a bejegyzése. Ez eltérő ügymenetet feltételez, ha a gyermek házasságba, élettársi kapcsolatba születik, vagy ha az anyja egyedül vállalja őt. Mindaddig, amíg az alátámasztó dokumentumokat nem mutatják be, a gyermek nem anyakönyvezhető, jogi státusza nem rendezhető. Az eljárás menetéről, a szükséges dokumentumokról nem állnak rendelkezésre könnyen elérhető tájékoztatók, amikből már a várandósság során informálódni lehetne. Így előfordulnak olyan esetek, amikor a gyermekek anyakönyvezése megakad, és hónapokig személyes okmányok nélkül maradnak. Külön adalék és az érintett menekültek helyzetét nehezítő tényező, hogy az eljárások ráadásul nem egységesek, hanem hivatalonként eltérést mutatnak; az egyes intézmények nem ugyanazokat a szabályokat tekintik irányadónak (lásd Vanda esete).

Megfontolások

Ebben az ellátási környezetben és ezek mellett a rendszerszintű akadályok mellett számunkra nem volt kérdés, hogy az adminisztrációs ügyek intézésében támogatást nyújtsunk a hozzánk forduló menekült nőknek. Annál is inkább, mert már a programunk kezdetén találkoztunk olyan élethelyzetekkel, amikor egyszerűen nem tudtuk elkezdeni a nők támogatását mindaddig, amíg az előttük tornyosuló bürokratikus akadályok el nem hárultak. Ráadásul nem is rajzolódtak ki olyan továbbirányítási útvonalak, amik megoldást kínálhattak volna ezekre az esetekre.

Az adminisztratív ügymenetekben nyújtott segítségnyújtás felvállalása ugyanakkor különös megfontolást igényel. Érdemes tudatában lenni, hogy ezek az ügymenetek egyrészt időigényesek, nehezen átláthatóak és nagy a költségigényük; másrészt pedig gyakran olyan szakértelmet tehetnek szükségessé, ami nem feltétlenül áll a szervezet rendelkezésére. Ezért szükség lehet további szakemberek bevonására (esetünkben szociális munkásokra), illetve partnerségek, együttműködések kiépítésére erre vagy ehhez közelebbi területre szakosodott szervezetekkel (pl. jogászokat, jogvédőket tömörítő vagy menekültellátásban rutinnal rendelkező szervezetekkel). Mindezek nagyfokú rugalmasságot és alkalmazkodóképességet kívánnak a szervezettől, ezért gondos mérlegelés mellett érdemes dönteni arról, hogy az adott szervezet felelősen el tudja-e vállalni ezt a feladatot.

A gyakorlat

Ezzel a tevékenységgel egy olyan programelemet emeltünk be a projektidő alatt a szolgáltatásaink körébe, amellyel előre – a program tervezési fázisában – nem számoltunk. Azonban az adminisztratív folyamatok hiányosságai hatással voltak a közvetlen ügyfélellátásunkra, ezért ezeket nem hagyhattuk figyelmen kívül.

Kezdetekben olyan ügyintézésekben nyújtottunk támogatást, amelyek ahhoz voltak szükségesek, hogy ügyfeleink hozzáférjenek az egészségügyi ellátáshoz. Ilyen például Vanda esete, amikor a kísérő nélkül érkező kiskorú várandós lány nem juthatott orvosi ellátáshoz mindaddig, amíg nem lett mellé kirendelve egy gyám; és nem tudta elhagyni újszülöttjével a szülészetet mindaddig, amíg az anyakönyvezéshez szükséges dokumentumokat be nem nyújtotta a hivatalban. De ide soroljuk az összes olyan ukrán–magyar kettős állampolgár esetét is, ahol megkérdőjelezték a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságukat (lásd Enikő, Evelin esete) és az ellátás érdekében érdekérvényesítő munkára is szükség volt.

A komplex esetkezelések során ráláttunk olyan hozzáférési anomáliákra is, amelyekről csak a terepen mozogva szerezhettünk tudomást, és amiket aztán becsatornáztunk a menekültek támogatásával foglalkozó szervezetek tapasztalatmegosztó alkalmaira is. Azt láttuk ugyanis, hogy Ukrajna Magyarországi Nagykövetségén a magyar ajkú romák komoly diszkriminációval találkoznak, egyrészt a származásukból, társadalmi-gazdasági státuszukból és abból adódóan, hogy ukrán állampolgárként nem beszélték az ukrán nyelvet. Ez azt jelentette, hogy az ügyeiket akkor sem tudták elintézni, ha előzetesen már kaptak érdemi információt az adott ügymenethez kapcsolódóan, ugyanis az ügyintézésben helyben nem kaptak semmiféle segítséget; nem tudták ukrán nyelven kitölteni a szükséges nyomtatványokat, gyakran még a kapun sem jutottak beljebb, mert a kaputelefonba nem tudták ukránul elmondani, hogy milyen ügyben szeretnének eljárni. Nekik speciális tolmácsolásra volt szükségük, egyrészt a nyelvi akadályok miatt, másrészt az írni-olvasni tudás hiányából adódóan. Erre a feladatra nem volt könnyű segítőt találni, ugyanis a tolmácsok számára az, hogy nyomtatványokat töltsenek ki, nem minősült valódi tolmácsolási feladatnak, ráadásul a követségen uralkodó légkör, amiben a munkát végezni kellett, nagyon ellenséges volt a magyar ajkú, ukránul nem beszélő roma ügyfeleinkkel szemben. Idővel aztán sikerült stabil együttműködést kialakítanunk egy szociálisan érzékeny, ukrán anyanyelvű nővel, akihez mindig fordulhattunk, ha a követségen kellett ügyet intéznünk.

Jogi konzultációra, háttértámogatásra tulajdonképpen a program teljes ideje alatt szükségünk volt, ugyanis egyes ügymenetek időről időre változtak, így újra és újra szükségünk volt a már megszerzett információk frissítésére, újak beemelésére.

Az adminisztratív ügyintézéssel egy időben – főként a kettős állampolgárok hozzáférési nehézségeit illetően – érdekérvényesítő munka is zajlott. Erre azért volt szükség, mert bizonyos esetekben nem volt elegendő a vonatkozó jogszabályokra hivatkozni, azokat az ellátónak nyomtatott formában benyújtani, hanem szükség volt panasztétellel élni az illetékes betegjogi képviselőknél, a rendelőintézetek főigazgatóságain, a Népegészségügyi Központnál (lásd Enikő esete).

Fontos eleme volt továbbá az adminisztratív támogatásnak, hogy fedeztük a tetemes anyagi költségeket (ügyintézési díjak, hitelesített hivatalos fordítás költségei). Nem egy olyan gyermekkel találkoztunk, akinek – anyagi és/vagy bürokratikus okokból kifolyólag – még a születését követő fél-egy évben sem volt rendezve az állampolgársága.

Az újszülöttek regisztrációjához nyújtott támogatásunk hiánypótlónak minősült, sorra jöttek a megkeresések az ügyfélkörünkön kívül eső anyáktól. Ezeknek az eseteknek az elvállalását azonban már nem tették lehetővé se kapacitásaink, se a pályázati kereteink, ezért ez a szolgáltatásunk csak azoknak az ügyfeleknek volt elérhető, akik szexuális és reproduktív egészség fókuszú, illetve pszichoszociális támogatásban részesültek.

2.4.6. Adományozás

A nők és lányok szexuális és reproduktív egészségügyi szükségleteit illetően fontos gondolni a higiéniai szükségletekre is. Nemcsak a menstruációs higiéniához szükséges eszközök (betét, tampon stb.) biztosítását érdemes szem előtt tartani, hanem olyan alapvető higiéniai termékekét is (tusfürdő, sampon, fogkefe, fogkrém, pelenka, nedves törlőkendő stb.), amelyek a nők és az újszülöttek számára elengedhetetlenek az egészség, a méltóság és a jóllét megőrzéséhez. Miután ezek a termékek gyorsan javíthatják az érintettek életminőségét, válsághelyzetben jellemzően ezek az elsődlegesen adományozandó termékek (az élelmiszer- és ruhaadományok mellett).

Menstruációs higiéniai termékek adományozásakor figyelembe kell venni a vízhez és higiénés létesítményekhez való hozzáférést és a kulturális szokásokat is. A fenntartható és alacsony költségű megoldások (mosható betét, menstruációs bugyi) nem szerencsés választások például olyan esetben, amikor a menekült nők tömegszálláson laknak, vagy olyan helyszínen, ahol nem biztosíthatóak a megfelelő alap higiénés körülmények. Szintén kerülendő a mosható termékek adományozása olyan kulturális közegben, ahol tabu a menstruáció és a nők minél láthatatlanabb megoldásokat keresnek az eszközválasztáskor.

A tárgyi adomány szervezésében semmilyen tapasztalatunk nem volt a humanitárius programot megelőzően: az adományozói gyakorlatunkat az itt szerzett tereptapasztalatok formálták. Az alábbiakban felvázoljuk azokat a kérdéseket, amelyek a gyakorlat során felmerültek és amelyeket érdemesnek tartunk a megfontolásra.

Mindenképp fontos a célcsoport meghatározása, hogy ki az a kedvezményezetti kör, aki az adományozásban részesül. Dönthetünk úgy, hogy minden adekvát (esetünkben ukrán menekült nőtől érkező) megkeresést kielégítünk, de dönthetünk úgy is, hogy az adományozás csak egy szűkebb körnek hozzáférhető. Tapasztalataink szerint a nehéz anyagi helyzetben lévő emberek számára a relatíve magasabb anyagi értékű adományok (elsősorban a pelenka és a tápszer, illetve menstruációs betétek) megvásárlása kiemelt segítséget jelent a hétköznapokban. Ugyanakkor a kereslet olyan méreteket ölthet ezek iránt a termékek iránt, ami egy komplett, széleskörű és folyamatos adományozói apparátust tesz szükségessé. A keretek világos meghatározása ezért elengedhetetlen. Esetünkben az adományozás egy kiegészítő szolgáltatás volt a komplex esetkezelésen belül; azoknak a nőknek volt elérhető, akiket a reproduktív egészséggel összefüggésben támogattunk. Ugyanakkor voltak olyan rendezvények, ahol minden résztvevő menekült

nő hozzáférhetett az adományaink egy meghatározott köréhez (jellemzően menstruációs betétekhez, terhességi tesztekhez és óvszerekhez), függetlenül attól, hogy hosszú távon támogattuk-e vagy sem. Ezeknek a rendezvényeknek az elsődleges célja nem az adományozás volt: sokkal inkább az, hogy feltérképezzük a menekült nőknek mire lenne szükségük és ezáltal felszínre kerülhessenek az ellátásra vonatkozó akut igények, illetve hogy a szolgáltatásainkat megismertessük velük.

Ahhoz, hogy az adományozói gyakorlat átlátható legyen, szükséges világosan és egyértelműen kommunikálni az adományozási elveinket egyrészt a kommunikációs felületeken (kifelé), másrészt az ügyfelek felé (befelé) is. Így számukra is világossá válik, hogy milyen elvárásokat támaszthatnak felénk, milyen típusú adományokra számíthatnak tőlünk, és mi az, amit nem tudunk biztosítani.

> A személyre szabott adományozás egy fenntartható adományozási forma: a már felmerült, konkrét szükségletekre reagálva elkerülhetjük a felesleges, a későbbiekben akár fel sem használt adományok felhalmozódását.

Szükséges hozzá ugyanakkor ismerni az adományozottat és felmérni a valós szükségleteit, preferenciáit és célzottan bevásárolni számára. Bár ez a működésmód lényegesen több idő- és energiaráfordítást igényel, mint a tömeges beszerzés és adományozás, de elkerülhetővé teszi a raktározással kapcsolatos kihívásokat. Ebben az esetben ugyanis az ügyfelet ellátó munkatárs a következő találkozást megelőzően közvetlenül be tudja szerezni és rögtön át is tudja adni az adományt.

A tömeges adományozás (amikor például egy szállót látunk el egy nagyobb adománycsomaggal) adományozói oldalról egy kevesebb erőforrást igénylő forma, és a nagytételű beszerzésnek köszönhetően gazdaságosabb is. Ugyanakkor amellett, hogy nem feltétlen valós szükségletre reagál és kevésbé fenntartható, visszaélésekre is alkalmat adhat, és az sem biztos, hogy elér a célcsoport tagjaihoz. Ez alatt olyan, a terepen látott káros gyakorlatokra gondolunk, mint amikor egy szálláshelynek átadott adománycsomagból a pelenkákat egyesével adták oda az anyáknak, vagy a popsikrémet kanállal mérték ki nekik kis adagokban, így naponta kellett a kisgyermekek alapvető ellátásához szükséges újabb és újabb adagokért „sorban állniuk", ahelyett, hogy segítséget kaptak volna ahhoz, hogy maguk tudják beosztani a teljes csomagnyi mennyiségeket (ha egyáltalán az ezzel kapcsolatos aggodalmak álltak ennek a káros gyakorlatnak a hátterében). Volt olyan eset is, amikor nagyobb mennyiségű betétadományt adtunk egy szállónak, feltételezve, hogy kiosztják majd az érintett nőknek, ehelyett a raktárkészletet gyarapították vele, és csak kérésre adtak belőle. Ez az elraktározási gyakorlat több nőt visszatartott attól, hogy hozzáférjen az adományokhoz, főként mert sok esetben férfi szociális dolgozóktól kellett volna tisztasági, menstruációs eszközöket kérniük.

Az adományozott termékek körének meghatározása is egy fontos kérdés. Mindenképp nagy segítséget jelent, ha az alap higiénés termékeket tudjuk biztosítani a kedvezményezetteknek, figyelembe véve a várandós és szülés előtt álló nők és az újszülött gyermekek szükségleteit:

- **Újszülötteknek:** pelenka, popsikrém, popsitörlő, tápszer, textilpelenka, babasampon, cumi, cumisüveg, eldobható pelenkázó alátét.
- **Nőknek:** tusfürdő, sampon, fogkefe, fogkrém, testápoló, dezodor, borotva, intim törlőkendő, tisztasági és menstruációs betét, terhességi teszt, óvszer, terhesvitamin.
- **Szüléshez:** betét gyermekágyi vérzéshez, eldobható bugyi, köntös, hálóing, papucs, szoptatós melltartó, melltartóbetét.

Meg kell jegyeznünk, hogy a terepen tapasztalt szükségletek bizonyos esetekben túlmutattak az alap higiénés termékeken, ezért nagyban támogatta a szükségletalapú adományozói gyakorlatot az a megközelítés a programot anyagilag támogató szervezet részéről, hogy a komplex esetkezelésbe bevont ügyfelek a termékek szélesebb köréhez is hozzáférhettek. A fogamzásgátló eszközökön túl gondolunk itt például a babaágyra, vagy az újszülött autós babaülésére, amelyek nem tűnnek nélkülözhetetlen eszközöknek, ugyanakkor előfordult, hogy egy szülészet vagy a védőnő csak abban az esetben engedélyezte az anya és a baba kórházból való távozását, ha ezek az eszközök a rendelkezésükre álltak (lásd Enikő esete).

Adományozói tevékenységünk kétségtelenül az ügyfelek nagy megelégedését szolgálta, ugyanakkor be kellett látnunk, hogy az adományozás nagyon erőforrásigényes, sok szervezést igénylő tevékenység, ami komoly kihívásokat tartogatott a nyilvántartás és az adminisztráció szempontjából is. A világosan keretezett támogatási elvek azonban jó szolgálatot tettek a program teljes időtartama alatt, és különösen akkor, amikor már egyre szűkültek a menekülttámogatási programok, így fokozódtak a menekültek egzisztenciális nehézségei, és ezáltal még inkább megnövekedett az igény az adományokra.

3.
MEGFONTOLANDÓ SZEMPONTOK SZERVEZETEK ÉS INTÉZMÉNYEK SZÁMÁRA A NŐK SZEXUÁLIS ÉS REPRODUKTÍV SZÜKSÉGLETEINEK ELLÁTÁSÁT CÉLZÓ PROGRAMOK TERVEZÉSÉHEZ

3.1. KONTEXTUS 2022

3.1.1. A hazai menekültellátás állapota

A 2015-ös szíriai menekülthullám idején a magyar állam jelentősen leépítette menekültellátási és integrációs kapacitásait, a déli határon fizikai határzárral és emellett számos elrettentő eszközzel igyekezett távol tartani a menekülteket Magyarországtól (jogszabályváltozások, menedékkérők fogva tartása a tranzitzónában, kiutasítás és visszakényszerítés, befogadó állomások és menekültszállások bezárása, integrációs segítségnyújtás és gondozás szinte minden formájának felfüggesztése). A jogi környezet változása miatt 2022 februárjában a menekültügyi eljáráshoz való hozzáférés rendkívül korlátozott volt, a menedékkérelem előfeltételeként szükséges szándéknyilatkozatot néhány kivételes esettől eltekintve Magyarországon be se lehetett nyújtani, csak a „legközelebbi biztonságos ország" nagykövetségén, Kijevben (Ukrajnában) vagy Belgrádban (Szerbiában). Hiányoztak a fogadó állomások, valamint a lakhatást, munkavállalást, iskolai oktatást és egyéb szolgáltatásokhoz való hozzáférést segítő intézmények, szociális munkások, tolmácsok (Tóth, Bernát, 2022).

Emellett 2015-től kezdődően erőteljes menekültellenes kommunikáció is zajlott, növelve a társadalomban a menekültellenes attitűdöt. Ez az ukrajnai menekülthullám hazánkba érkezésekor jelentősen megváltozott: nagyobb hangsúlyt kapott a befogadás és a szolidaritás. Az Európai Unió Tanácsának 2001/55/EK ideiglenes védelemre vonatkozó irány-

elve[11] elismerte az Ukrajnából érkező menekültek befogadásra jogosító jogalapját, és az ideiglenes védelmet nyújtó menedékes státuszt végre a gyakorlatban is alkalmazták. Ugyanakkor a menedékes státusz iránti kérelmet csak személyesen lehetett előterjeszteni az Országos Idegenrendészeti Főigazgatóságnál, aminek az elbírálási ideje (45 nap) alatt a kérvényezők semmilyen anyagi támogatást nem kaphattak. Az Ukrajnából érkezők túlnyomó többsége nő, gyerek és idős volt, akiknek a hivatalban történő személyes megjelenés gyakran jelentett problémát.

2022. március 11-én kelt az emberi erőforrások miniszterének egyedi utasítása az Ukrajnából érkező személyek egészségügyi ellátásáról,[12] ami számos egészségügyi szolgáltatás térítésmentes biztosításáról rendelkezett. Ez az utasítás az Ukrajnából menekült magyar állampolgárokat (kettős állampolgárokat) is a menedékesekkel azonos elbírálásúnak minősítette.

A menekültek ellátásához szükséges teljesen leépített állami infrastruktúra hiányát elsősorban alulról jövő kezdeményezések, civil szervezetek és egyéni segítők igyekeztek pótolni. Kezdetben az önkormányzatok is bekapcsolódtak a humanitárius tevékenységekbe elsősorban a lakhatás, élelmezés, tárgyi adományok terén, emellett pedig az ENSZ nemzetközi segélyszervezetei (UNHCR és IOM) is aktív szerepet vállaltak a krízisválaszban.

Azonban ezek a kezdeményezések nem tudták teljes körűen helyettesíteni az országos szintű, szakszerű, szervezett menekültellátást. Az ide érkezők anyagi források, helyismeret és a nyelvismeret hiányában nagyon nehezen jutottak hozzá még azokhoz a legalapvetőbb információkhoz is, amik a számukra (jogilag) elérhetővé tett szolgáltatások gyakorlati hozzáférésének előfeltételét képezték (Bernát, Tomka, 2025).

> A kárpátaljai roma menekültek ezen felül hátrányos megkülönböztetéssel is szembesültek a humanitárius segítséget nyújtó szervezetek részéről és minden egyéb szereplőtől is: sokszor nem kaptak megfelelő tájékoztatást az elérhető lehetőségekről, szolgáltatásokról, támogatásokról, és hátrányban voltak a szálláshoz, tárgyi adományokhoz való hozzájutásban is. Így a roma menekült nőknek és lányoknak gyakran a legalapvetőbb szükségletei is ellátatlanul maradtak.

11 Tanács 2001/55/EK irányelve (2001. július 20.) a lakóhelyüket elhagyni kényszerült személyek tömeges beáramlása esetén nyújtandó átmeneti védelem minimumkövetelményeiről, valamint a tagállamok e személyek befogadása és a befogadás következményeinek viselése tekintetében tett erőfeszítései közötti egyensúly előmozdítására irányuló intézkedésekről

12 Az Emberi Erőforrások Minisztere 9/2022 (III.11.) számú egyedi utasítása az Ukrajnából érkező személyek egészségügyi ellátásáról

3.1.2. A hazai civil társadalom állapota

Jól dokumentált tény, hogy a civil szervezetek között a nőszervezetek világszinten, hosszú ideje extrém módon alulfinanszírozottak, és nehezített működési feltételek között dolgoznak. Különösen igaz ez a szexuális és reproduktív jogokkal foglalkozó szervezetekre (CIVICUS, 2024; AWID, 2022). A nemzetközi politikai diskurzusban egyre hangsúlyosabban jelennek meg demográfiai érvek: a népességfogyás, a társadalom elöregedése és a munkaerőhiány miatti aggodalom a születési arányok növelését célzó politikákat, a gyermekvállalást ösztönző kezdeményezéseket hív életre, azonban ez a pronatalista szemlélet gyakran összeütközésbe kerül a társadalmi nemi szerepekkel és a reproduktív jogokkal. A születésszám növelését előtérbe helyező kormányok és politikai döntéshozók gyakran olyan intézkedéseket vezetnek be, amelyek negatív hatással vannak a szexuális és reproduktív egészségre és ezen jogok gyakorlására, aminek következtében az ezekkel foglalkozó szervezetek kiemelt forráshiánnyal küzdenek, és sokszor kifejezetten ellenséges politikai környezetben végzik a munkájukat.

Politikai és strukturális okok összjátékának eredményeként az elmúlt évtizedben Magyarországon az emberi jogok, azon belül a szexuális és reproduktív jogok védelmével, azok érvényesítésével, képviseletével foglalkozó szervezetek is egyre nehezebb körülmények között kellett helyt álljanak (European Civic Forum, 2024). Ezek a többségükben feminista szemléletű (tehát a nők és férfiak közötti egyenlőség előmozdítására törekvő), nemzetközi viszonylatban alacsony kapacitásokkal rendelkező nőszervezetek rendkívül korlátozott mértékben fértek (férnek) hozzá nemcsak a nemzeti, hanem az európai uniós és nemzetközi forrásokhoz is.

A szexuális és reproduktív jogokkal foglalkozó szervezetek hagyományos témái a gyermekvállalás szabályozása körül összpontosulnak: elsősorban a szexuális nevelés, a családtervezés, a fogamzásgátlás és az abortuszhoz való hozzáférés biztosítására irányulnak.

> A gyermekvállalás, a szülészeti ellátás emberi jogi vonatkozásai, a szülészeti ellátás színvonalának kérdései csak később, a közelmúltban kerültek szexuális és reproduktív jogi keretbe, így viszonylag új területnek számítanak mind a nőjogi mozgalomban, mind a nőszervezeteket támogató alapok, alapítványok, szervezetek körében.

Az Ukrajnából érkező menekülthullám megindulásakor az EMMA Egyesület tevékenységének fókuszában a gyermekvállaláshoz kapcsolódó emberi jogok érvényesítése és a szülészeti ellátás színvonalának javítása állt tudományos bizonyítékokon alapuló, nőközpontú szemlélet mentén. A fent említett körülmények miatt 2022 februárjában minimális működési struktúrával, nagyon korlátozott anyagi és emberi erőforrással rendelkeztünk, és elsősorban széleskörű szakmai tapasztalatunkra és szervezeti kapcsolatainkra támaszkodva, alaptevékenységeinket átmenetileg minimális szintre csökkentve igyekeztünk választ adni az előttünk álló történelmi léptékű feladatra.

3.2. PROGRAMTERVEZÉS

3.2.1. Korai krízisválasz

A korai krizísválasz időszakában (ez a humanitárius tevékenységünk első 6-9 hónapját öleli fel) el kellett térnünk a bevett programtervezési folyamatainktól. Az általános tervezési folyamatok elsődlegesen a tervezett program által célba vett szükségletek módszeres áttekintésén és meghatározásán alapulnak, és részüket képzik a program megvalósításához szükséges szervezeti fejlesztések is (pl. a tevékenység különböző elemeiért felelős leendő csapat felállítása, felkészítése, képzése).

> A krízis esetében azonban kevésbé volt lehetőség szisztematikus és előzetes tervezésre, hiszen a helyzet gyors ütemben változott, és állami menekültellátó infrastruktúra vagy bármiféle, az egyes kezdeményezéseket és intézményeket átfogó koordináció és koordinált kommunikáció hiányában az aktuális információkhoz való hozzáférés az első hónapokban rendkívül korlátozott volt.

Így a korábbi tapasztalataink és a meglévő szűkös információk alapján határoztuk meg a menekülő nők reproduktív egészséggel összefüggő várható szükségleteit. Ezután számba vettük a már rendelkezésünkre álló vagy gyorsan mozgósítható erőforrásokat:

- Az egyesületben meglévő és az egyesület környezetéből könnyen bekapcsolható emberi erőforrást, szaktudást, szakértelmet és tapasztalatot;
- A bevonható vagy a szükségletek szerint rugalmasabban alakítható szervezeti struktúrákat, egységeket, alaptevékenységeket;
- A bevonható anyagi forrásokat: a szervezeten belül átcsoportosítható forrásokat, a bevonódásra lehetőséget kereső magánadományozókat és forprofit szervezeteket;
- A menekültválságra adott válaszban részt vevő magyarországi partnerszervezeteket.

Ezek alapján meghatároztuk és priorizáltuk a szükségleteket aszerint, hogy melyekre tudunk azonnali választ adni, illetve kialakítottunk egy olyan cselekvési tervet, amely további anyagi források bevonása esetén gyorsan, rugalmasan megvalósítható. Kezdettől fogva szoros partnerségre törekedtünk azokkal a nőszervezetekkel, akik bevonódtak a krízisválaszba.

A humanitárius programunkat 2022 március végén a PATENT Egyesülettel partnerségben indítottuk el, amely a nők elleni erőszakkal kapcsolatos jogvédő tevékenység mellett a szexuális és reproduktív jogokhoz, különösen a terhességmegszakításhoz kapcsolódó jogvédelmi és érdekérvényesítési tevékenységet folytat Magyarországon. A program annak elősegítésére irányult, hogy a menekülő nők hozzáférhessenek a reproduktív egészséggel

kapcsolatos ellátáshoz; a négy fő tevékenységeleme pedig, amelyhez a szaktudást a két szervezet a saját missziója alapján biztosította (az EMMA Egyesület a szülészeti ellátáshoz, a PATENT Egyesület pedig a fogamzásgátláshoz és az abortuszhoz való hozzáférésre fókuszált), a következő volt:

- **Információ biztosítása** a Magyarországon elérhető szexuális és reproduktív egészségügyi ellátással kapcsolatban;
- **Személyes támogatás** nyújtása az egészségügyi ellátás igénybevétele során, az ehhez kapcsolódó emberi erőforrás biztosítása, továbbirányítási rendszer kialakítása;
- A szexuális és reproduktív egészséghez kapcsolódó **tárgyi adományok** biztosítása;
- **Szakmai útmutatások** elérhetővé tétele a menekült nőket ellátó szakemberek számára a nőközpontú, traumatudatos ellátásról.

A program sikeres elindításához szükség volt:

- A partnerszervezetek alapértékeinek összhangjára;
- Kölcsönös tudás- és tapasztalatmegosztásra a szervezetek szakterületein;
- Koordinált programtervezésre és forrásteremtésre;
- A szervezetek közötti rendszeres, hatékony és transzparens kommunikációra;
- A szervezetek kapcsolódó működési folyamatainak összeegyeztetésére.

Az első hat hónapban számos nemzetközi szervezet képviselője vette fel velünk a kapcsolatot, akik vagy támogató szervezetként, vagy koordináló szervezetként részt kívántak venni a krízisválaszban. Ezeknek a szervezeteknek a többsége nagyon kevés információval rendelkezett a magyarországi menekült- és egészségügyi ellátásról, a hazai civil szféráról, azon belül is a nőszervezetek helyzetéről, szemléletéről, működéséről. A legtöbb nemzetközi szervezet számára kezdetben komoly kihívást jelentett a magyarországi ellátórendszerek mindennapi valóságából fakadó korlátok megértése. A nőszervezetek többsége pedig, köztük az EMMA Egyesület, nem rendelkezett korábbi tapasztalattal és ismeretekkel a nemzetközi humanitárius ellátórendszer felépítéséről, működéséről, nyelvezetéről, a rendszerben rejlő korlátokról és esetleges lehetőségekről.

A kezdeti hónapokban személyes egyeztetések sorozatán keresztül törekedtünk a kölcsönös megértésre, az együttműködések harmonizálására, a nemzetközi és helyi szervezetek közötti egyenrangú, partneri viszonyra és a többirányú, nyílt kommunikáció kialakítására, változó eredménnyel. Azokkal a szervezetekkel, akikkel sikerült kölcsönös erőfeszítések mentén partnerségen alapuló kapcsolatot kialakítani, a menekültválságon túlmutató együttműködések születtek.

3.2.2. Tervezett krízisválasz

3.2.2.1. A programtevékenység folyamatos értékelése és alakítása

A folyamatosan változó környezet, a sürgető időnyomás, valamint az információ- és erőforráshiány nagyon nagy terhet ró a humanitárius válaszban részt vevő, de ilyen irányú tapasztalattal nem rendelkező szervezetekre, hiszen úgy kell megóvni a szervezet integritását, hogy közben a szervezet fenntartja és lehetőség szerint bővíti az eleve erőforrásigényes programot. Ez a fajta tevékenység célzott szakértelmet, felkészültséget és érzékenységet igényel, miközben az esetkezelés és az egészségügyi szolgáltatások (kifejezetten a magánegészségügyben) jelentős költségekkel járnak. A már futó programelemek mellett a tevékenységi körök és a kapcsolatrendszer párhuzamos bővítése további erőforrásokat igényel, amihez a prioritások rendszeres felülvizsgálata és folyamatos újratervezése szükséges.

A civil szervezetekben erős a belső hajtóerő, hogy a sürgős szükségletekre reagáljanak, és általában képesek és készek is a rugalmas alkalmazkodásra; de helyzetüket nagyon megnehezíti, ha hiányos vagy megbízhatatlan információk alapján kell gyors döntéseket hozni. A döntésekben szükséges szem előtt tartani egyszerre a támogatottak azonnal kielégítendő szükségleteit, a rendelkezésre álló erőforrásokat és a szervezet hosszú távú fenntarthatóságának szempontjait is. A krízisválasz során a támogató (donor) szervezetek részéről rendszeresen jelennek meg a szervezetek aktuális kapacitásait, lehetőségeit meghaladó vagy az alaptevékenységétől jelentősen eltérő elvárások. Folyamatos mérlegelést igényel annak felmérése, hogy még ha lenne is rá (az adott pillanatban) fedezet valamely donor részéről, *felelős módon* milyen mértékű és irányú tevékenység- és csapatbővülés vállalható. Azonban ha egy szervezet úgy dönt, hogy részt vesz egy akut humanitárius krízis kezelésében, akkor még szerényebb, a meglevő tevékenységekhez szorosabban kapcsolódó vállalások, bővítések esetében is rövid időn belüli gyors kapacitásbővítésre, illetve továbbirányítási útvonalak és eseti együttműködések kialakítására van szükség, egyensúlyozva a szükségletek, a lehetőségek és a szervezeti fenntarthatóság között.

Az olyan jellegű szolgáltatások esetében, amilyeneket mi nyújtottunk, a munka komplexitása és forrásigényessége, illetve a kedvezményezettek korlátozott száma meglepő lehet a donorok számára. Ezek a tevékenységek, mivel nem eredményeznek tömeges eléréseket, kevésbé lehetnek vonzók számos, nem megfelelő programtervezési tapasztalattal rendelkező pénzügyi támogatónak és szervezetnek, ahol gyakran a forprofit szektorhoz hasonló, a mennyiségre összpontosító mutatók kerülnek alkalmazásra.

> Ezért fontos, hogy a szervezet és a pénzügyi támogatók közös álláspontra tudjanak jutni a tevékenységek céljáról, elvárt eredményességéről és annak számszerű mutatóiról, hogy reális elvárásokat támasszanak a program rövid, közép- és hosszú távú hatásmérésével, és így a program-indikátorokkal és elérési számokkal kapcsolatban.

A megfelelő hatásmérési eszközök kialakítása szükséges ahhoz is, hogy a pénzügyi támogatók felé valós képet lehessen adni az elvégzett munkáról, annak költségeiről, időigényéről és megfelelően mérhetővé – és kommunikálhatóvá – váljon az eredménye. A hatásmérési folyamatok menet közbeni ki- és átalakítása újabb kihívás, amit tovább nehezíthet, ha a különböző támogató szervezetek más-más mérőszámokat várnak, eltérő szempontok szerint értékelik a program eredményességét. Nehézség még, hogy a komplex esetkezelés eredményei sokszor nehezen számszerűsíthetők, nincs elérhető, bevált indikátorrendszer ilyen jellegű tevékenységekre vonatkozóan, amely kvantitatív és kvalitatív módon tükrözni tudná, hogy a program milyen (mondhatni mérhetetlen) hatással van a támogatottak életminőségére, hosszabb távú jóllétére. Mindemellett a dokumentáció, az indikátorok és mérőszámok összeállítására tett kísérletek nem csak kifelé képviselnek értéket: belső, szervezeti szinten is fontos megfogalmazni és tudatosítani a sikereket, a kollektív erőfeszítés gyümölcsét.

3.2.2.2. Érdekérvényesítő tevékenység

A közvetlen támogató szolgáltatásokat a program kezdetétől szükséges érdekérvényesítő tevékenységekkel támogatni, hogy rámutassunk azokra a rendszerszintű problémákra, amelyek hatással vannak a menekült nők helyzetére a szexuális és reproduktív egészség és jogok gyakorlása területén.

> Az érdekérvényesítés során is érvényesülnie kell a komplex szemléletnek: a jogi szabályozás hiányosságai és a jogok gyakorlásában fellépő akadályok mellett figyelemmel kell lenni a társadalmi-gazdasági, illetve kulturális tényezőkre is, különös tekintettel a nők olyan csoportjaira, akik nagyobb eséllyel tapasztalhatnak nehézségeket, diszkriminációt vagy erőszakot származásuk, élethelyzetük, testi/kognitív képességeik vagy nyelvi adottságok miatt.

Emellett kiemelt jelentősége van a többi érdekelt szereplővel, így többek között más civil szervezetekkel, jogvédőkkel, aktivistákkal, szakmai csoportokkal, akadémiai intézményekkel való szoros együttműködésnek, a módszeres információgyűjtésnek és a célzott ajánlások megfogalmazásának.

A szervezet részéről ehhez szükséges, hogy:

- Az érdekérvényesítésben közvetítse a nők tapasztalatainak és szükségleteinek összetettségét és sokrétűségét;
- Megfelelő kapacitásokat biztosítson a koordinált érdekérvényesítésben való aktív részvételre;
- Kialakítsa az esetekhez kapcsolódó adatgyűjtés és a jogsértések dokumentációjának megfelelő formáit;
- Rendszeresen kommunikáljon a többi szervezettel.

A humanitárius programban egyesületünk érdekérvényesítő tevékenysége az alábbi területekre terjedt ki hazai, európai uniós és nemzetközi szinteken:

- Elemeztük az egészségügyi ellátórendszer helyzetét, általános gyakorlatát a szülészeti és nőgyógyászati ellátás területén;
- Visszajelzést adtunk a menekültek egészségügyi ellátását érintő jogszabályok gyakorlati alkalmazása során fellépő hiányosságokról és nehézségekről a hazai illetékes államtitkárságnak, az alapvető jogok biztosának és a nemzetiségi ombudsman-helyettesnek, önkormányzati szerveknek, az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának (UNHCR) és partnerszervezeteinek, az ENSZ a Nőkkel Szembeni Hátrányos Megkülönböztetés Felszámolásával Foglalkozó Bizottságának (CEDAW), az Európai Parlamentnek, az Európai Bizottságnak, az Európa Tanács Emberi Jogi Biztosának és az Európa Tanács felügyelete alatt működő nemzeti kisebbségek védelméről szóló keretegyezmény tanácsadó bizottságának (FCNM);
- Dokumentáltuk a tapasztalt jogsértéseket és panasztételi folyamatokat indítottunk;
- Javaslatokat fogalmaztunk meg a szabályozások javítására;
- Visszajelzést adtunk a humanitárius válaszban részt vevő civil szervezetek helyzetéről, a működésüket befolyásoló tényezőkről és hatásokról az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának (UNHCR) és partnerszervezeteinek, az ENSZ a Nőkkel Szembeni Hátrányos Megkülönböztetés Felszámolásával Foglalkozó Bizottságának (CEDAW), az Európai Parlamentnek, az Európai Bizottságnak, az Európa Tanács Emberi Jogi biztosának.

Nemzeti szinten elsősorban a Magyarországon koordinációs szerepet betöltő ENSZ szervezetekkel és partnereivel, a közép-kelet-európai régiós szinten az Európai Unióban aktív nemzetközi szervezetekkel és partnereivel működtünk együtt. A koordinált együttműködés lehetővé tette, hogy:

- Megismerjük a nemzetközi humanitárius rendszer felépítését, működését, az egyes szervezetek mandátumát, hatáskörét, tevékenységét;
- Kommunikációs és információs csatornákat alakítsunk ki;
- A szervezetek megosszák egymással szaktudásukat és jó gyakorlataikat;
- A szervezetek országos és régiós szinten is meg tudják osztani a kapacitásaikat, össze tudják hangolni a tevékenységeiket;
- Bekapcsolódjunk a szervezetek közötti továbbirányítás rendszerébe, hogy ezáltal az érintettek, kedvezményezettek szélesebb körét érhessük el célzottan;
- Felhívjuk a döntéshozók figyelmét a régióban működő nőszervezetek helyzetére, a szisztematikusan fellépő nehézségekre;
- Középtávú közös stratégiai gondolkodás induljon a régióban működő nőszervezetek között.

Az érdekérvényesítésben kiemelkedően hasznos eszköz volt két tanulmányunk, amelyek saját adatgyűjtésen és elemzésen alapultak:

2022 júliusa és 2023 áprilisa között kilenc szervezettel közösen végeztünk tényfeltáró munkát Magyarországon, Lengyelországban, Romániában és Szlovákiában, hogy megvizsgáljuk, milyen akadályokkal szembesülnek a menekült nők a szexuális és reproduktív ellátáshoz, illetve a nemi alapú erőszak áldozatait segítő ellátáshoz való hozzáférésben. Az *Ellátás válságban* című tanulmányunkban (CRR, 2023) részletesen elemeztük a jogi, anyagi, információs és nyelvi korlátokat, az alacsony színvonalú és elégtelen kapacitásokkal működő ellátórendszerek hatásait, a diszkrimináció és a megbélyegzés következményeit. Kiemelten foglalkoztunk a civil szervezeteket érintő fenyegetésekkel, támadásokkal, kockázatokkal. A felvetett problémákkal kapcsolatban részletes ajánlásokat fogalmaztunk meg a nemzetközi humanitárius szervezetek, az Európai Unió, az egyes kormányok, illetve a támogató szervezetek felé.

Az *És akkor odaértünk a határra: egymillió nő volt!* című tanulmányunk (Kupcsok et al, 2024) pedig az Ukrajnából menekült roma nők tapasztalatait mutatta be részletesen a szexuális és reproduktív egészségügyi ellátás terén Magyarországon, az egyesület humanitárius programjának a tapasztalatai alapján.

3.2.2.3. Szervezetfejlesztési folyamatok

A menekült nők helyzete és szükségletei rendkívül összetettek. A humanitárius rendszer annak érdekében, hogy ennek megfelelő támogatást tudjon kínálni, ideális esetben szolgáltatások koordinált rendszerét működteti. Ebben a rendszerben az állami intézmények mellett általában olyan szervezetek vesznek részt, amelyek vagy specializáltan egy-egy szakterületen dolgoznak (pl. az emberkereskedelem áldozatait segítik, a szexuális és reproduktív jogokkal foglalkoznak, a családon belüli erőszak áldozatai számára nyújtanak támogatást), vagy nagy számú kedvezményezett általános ellátására alkalmas erőforrásokkal és struktúrákkal rendelkeznek (pl. egyházak jótékonysági szervezetei) vagy koordinációs feladatot látnak el (pl. nemzetközi szervezetek).

> Azokban az országokban, ahol a menekültellátás nem megfelelően felkészült, vagy nem rendelkezik elegendő kapacitásokkal, olyan szervezetek is bekapcsolódnak a humanitárius segítségnyújtásba, amelyek alapvetően nem humanitárius területen dolgoznak.

Ebben a helyzetben többirányú információcserét, szemléletformálást, és kapacitásfejlesztést tartunk ideálisnak annak érdekében, hogy:

- A szervezet megismerje a humanitárius rendszer felépítését, működését, elvárásait;
- Az adott országban működő, vagy a krízis kapcsán odaérkező humanitárius szervezetek megismerjék a szervezet körülményeit, működését, kapacitását;
- Valamint, hogy a helyi szervezet szakértelmét a humanitárius rendszer elfogadja.

Azokban a témákban, amikben ez lehetséges (pl. a terhességmegszakításra vonatkozó helyi jogszabályok), fontos, hogy a krízis kapcsán újonnan az országba érkező humanitárius szervezetek önállóan előre tájékozódjanak. Így elkerülhető, hogy a helyi szervezetek már így is hirtelen megnövekedett terhelés alatt álló kapacitásait terheljék tovább információgyűjtő beszélgetések és bekért tájékoztató anyagok (briefing paper) formájában.

Három területen válhat szükségessé a teljes szervezetet érintő képzések, kapacitásfejlesztés szervezése: a tevékenységek tematikus bővítése; a működési és pénzügyi folyamatok megszervezése és dokumentálása; valamint a szabályzatok fejlesztése esetén.

A humanitárius programot megelőzően az egyesület tevékenysége a gyermekvállalásra és a szülészeti ellátásra fókuszált. Amikor a menekült nők egyéb felmerülő szükségleteit ellátó más szervezetek szolgáltatásai megszűntek, bővítettük a tevékenységek körét a fogamzásgátláshoz és a terhességmegszakításhoz való hozzáférés elősegítésével, és a női reproduktív élet más területeivel (pl. menstruációs egészség, menopauza) kapcsolatos támogatás nyújtásával. Annak érdekében, hogy ezekben a témákban is egységes, tudományos bizonyítékokon alapuló, traumatudatos, és az egyesület alapértékeivel összhangban levő álláspontot képviseljünk minden tevékenységi területünkön, nemcsak a programban dolgozó munkatársak, hanem az egész szervezet számára képzést szerveztünk. Mivel a kedvezményezettek körében könnyen találkozhattak munkatársaink kapcsolati erőszak érintettjeivel (lásd Natasa és Izabella esete), ebben a témában is külön képzést szerveztünk, az e tématerülettel foglalkozó partnerszervezet (NANE Egyesület) közreműködésével.

A nemzetközi humanitárius rendszer alapelveiről, felépítéséről, működéséről, a humanitárius programtervezés nemzetközi módszertanáról a UNFPA tartott átfogó képzést az egyesület számára az *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*[13] (Terep-kézikönyv az intézményközi együttműködésről és a reproduktív egészségről a humanitárius helyzetekben) kézikönyv alapján. A képzést tartó romániai partnerszervezet kiváló segítségnek bizonyult a nemzetközi humanitárius rendszer elvárásrendszere és az egyesület lehetőségeinek összehangolásában. Rendkívül hasznosnak tartanánk, ha ez a képzési lehetőség online és ingyenesen elérhető lenne a szervezetek számára.

A működési és pénzügyi folyamatok fejlesztése folyamatosan történt a program megvalósítása alatt. A szabályzatok változásáról, annak okairól és céljáról a munkatársakat időben és megfelelő módon tájékoztatni kell. A szabályzatok követését segíti, ha a szervezet rendszeres időközönként, a munkatársak bevonásával ellenőrzi, és szükség esetén korrigálja a gyakorlatokat.

13 IAWG: Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (2018) (Terep-kézikönyv az intézményközi együttműködésről és a reproduktív egészségről a humanitárius helyzetekben)

A humanitárius támogatási rendszerben leggyakrabban kért szabályzatok

Az adott országban (esetünkben Magyarországon) törvényileg előírt szabályzatok:

- Alapító okirat vagy alapszabály
- Számviteli politika
- Értékelési szabályzat
- Leltárkészítési és leltározási szabályzat
- Pénzkezelési szabályzat
- Adatkezelési szabályzat az Általános Adatvédelmi rendelet alapján

Az adott országban (esetünkben Magyarországon) törvényileg nem előírt, de nemzetközi donorok által elvárt szabályzatok, illetve tartalmi elemek:

- Szervezeti és működési szabályzat
- Védelmi szabályzat és protokoll
- Etikai szabályzat
- Kiküldetési és reprezentációs szabályzat
- Közvetett költségek elszámolásának szabályzata
- Pénzügyi tartalékképzés és a tartalékkezelés szabályzata
- Zéró tolerancia és hatékony folyamatok a megelőzésre és kezelésre az alábbi témákban és esetekben: a hátrányos megkülönböztetés bármely formája; zaklatás és visszaélés; a jelentést tevőkkel szembeni megtorló viselkedés; csalás és korrupció, vesztegetés; modern rabszolgaság és emberkereskedelem; összeférhetetlenség.

A különböző partnerek és donorok eltérő pénzügyi szabályozása számos nehézséget okozhat az együttműködés során. A támogató szervezettel érdemes már az együttműködés tervezésekor, illetve a szerződéskötés előtt áttekinteni, hogy van-e olyan eltérés a törvény által előírt szervezeti kötelezettségek vagy a belső szabályzatok tekintetében a partnerek között, ami problémát okozhat.

Néhány kritikus terület, amire érdemes figyelemmel lenni:

- Az árfolyamnyereség, illetve az árfolyamveszteség kezelése, elszámolási árfolyam meghatározása;
- A támogatási összeg folyósításának pontos feltételei; fizetési részletek időzítése és a kiutalás feltételei; áttekinteni a lehetséges problémákat, amik felmerülhetnek;
- Igényli-e a támogató szervezet a program pénzügyi auditját, és amennyiben igen, a támogató szervezet által elrendelt pénzügyi audit esetén milyen adatok átadását kérik a szervezettől;
- A költségtípusok pontos meghatározása;
- A munkaóra-nyilvántartás formai követelményei;
- Elszámolható-e a támogatás terhére betegszabadság, fizetett szabadság a programban dolgozó munkatársak esetében;
- A közvetett költségek elszámolásának keretei.

3.3. A FINANSZÍROZÁS KIHÍVÁSAI

3.3.1. Korai krízisválasz

A program elindításához szükséges pénzügyi forrásokat azoknak a nemzetközi szervezeteknek a krízisalapjai tették lehetővé, akik elsőként vették fel a kapcsolatot a hazai civil szervezetekkel, és rövid távú, korlátozott mértékű, de gyorsan mozgósítható, minimális strukturális feltételekhez kötött forrásokkal rendelkeztek. Ezek a támogatások 6 hónapra szóltak, és kizárólag a humanitárius segítségnyújtáshoz közvetlenül kapcsolódó tevékenységek finanszírozására voltak felhasználhatók. Ennek megfelelően önmagukban középtávú tervezésre nem adtak lehetőséget: nem tették lehetővé sem a humanitárius program, sem a szervezetek infrastruktúrájának tervezett fejlesztését, és nem fedezték a szervezet közvetett költségeit; de legalább nem igényelték a szervezetek működésének mély átalakítását sem.

A krízistámogatások elérésének a jelen támogatási struktúrában tehát feltétele, hogy a szervezet rendelkezzen elegendő pénzügyi tartalékkal a közvetett költségek és az általános működési költségek fedezésére. Ezen túlmenően, a krízisválaszban vállalt kezdeti tevékenységek megvalósításával párhuzamosan fel kell készülni a krízisválasz tervezett szakaszát finanszírozó források fogadására és át kell gondolni, hogy ez hogyan lesz a leghatékonyabban és a leghasznosabban összeilleszthető a már meglevő pénzügyi és tevékenységi struktúrákkal.

3.3.2. Tervezett krízisválasz

A programban foglalt tevékenységek köre a korai krízisválaszt követően gyors ütemben bővült, az intenzitása jelentősen nőtt. Humanitárius programunk csúcsidőszakában, a 2023-as év folyamán az egyesület tíz munkavállalót foglalkoztatott kizárólag ebben a programban, és átlagosan havonta 40-50, súlyosan hátrányos helyzetben lévő és kiszolgáltatott nő számára nyújtott komplex támogatást.

Az elérhető pénzügyi támogatások programideje és pénzügyi kerete fokozatosan nőtt: a korai szakaszban az átlagos támogatási időszak és összeg 6 hónap és 25 000 euró volt, míg a tervezett krízisválasz időszakában a leghosszabb támogatási időszak 19 hónap, a legnagyobb támogatási összeg pedig kb. 285 000 euró volt. Bővült az elszámolható költségtípusok köre, lehetővé téve a célzott és hatékony segítségnyújtást, a szervezeti érdekérvényesítő tevékenységek beépítését, a munkakörülmények javítását, és a szervezet egészének fejlesztését, erősítését is. Azok a szervezetek, amik részt vettek a humanitárius segítségnyújtásban, a donorok felé is végeztek érdekérvényesítést; ennek is köszönhető, hogy tervezhetőbbé, élhetőbbé és a szervezetek megerősítése tekintetében kedvezőbbé váltak a pályázati feltételek.

A tervezett krízisválasz első szakaszában a még viszonylag rugalmas, kevesebb szervezeti feltételhez kötött támogatások összege önmagában nem fedezte a teljes program költségeit, így együttes finanszírozásra volt szükség. Ebben az időszakban tehát amellett, hogy működtettük az intenzíven növekvő humanitárius programot, az is feladatunkká vált, hogy gyorsan kialakítsunk olyan szervezeti folyamatokat, amik minden esetben és irányban megfelelnek a különböző donorok pénzügyi átláthatósággal, elszámolással és adminisztrációval kapcsolatos eltérő követelményeinek. Ezek a kívánalmak sokszor nem vették figyelembe a programtevékenységek gyakorlati körülményeit, a szervezet működési kapacitásait, és egyazon támogatási időszak alatt, egyazon donorszervezet vonatkozásában is változhattak. A legnagyobb összegű, a programot teljeskörűen működtetni képes támogatások elérésének és elszámolásának feltételei olyan mértékben változtatták meg a szervezet működésének egészét, hogy az más programok tevékenységére is hatással volt.

> Támogatási összegtől függetlenül folyamatos kihívást jelentett, hogy továbbra sem rendelkeztünk elegendő szabadon felhasználható működési támogatással, amely a program pénzügyi menedzseléséhez elvárt rugalmasságot biztosíthatta volna.

Emiatt a program bővülésének mértékével egyenes arányban jelentett problémát:

- A források felhasználásának elvárt gyors üteme, ami nem számolt a kedvezményezettek elérésének és becsatornázásának nehézségeivel és az egészségügyi szolgáltatások és folyamatok időigényességével;
- A költségvetési terv módosításának korlátozottsága, ami nem számolt a változó igényekkel, körülményekkel és a szükséges alkalmazkodási képességgel;
- A pénzforgalom biztosítása, ami nem számolt azzal, hogy a szervezet nem tud hónapokra előlegezni nagy összegű kiadásokat;
- Az előre nem meghatározott pénzügyi kimutatások követelményei és az elszámolási feltételek utólagos kommunikálása;
- Illetve hogy az árfolyam-ingadozásból adódó kockázatokat a szervezetek egyoldalúan viselték.

Bár a felmerülő nehézségeket megoldásközpontú szemlélettel, nyílt kommunikációval, együttműködéssel, kompromisszumkészséggel, és nem utolsósorban kitartással kezelni tudtuk, meggyőződésünk, hogy az együttműködések fokozatos és alapos előkészítése biztosítja leginkább, hogy olyan eredményes és tartós partnerségek szülessenek, amelyek nem terhelik túl és nem veszélyeztetik a megvalósító szervezet működését.

Ehhez a finanszírozás kérdéseinek tekintetében szükségesnek látjuk, hogy:

- A megvalósító szervezetek a tervezett krízisválasz programtervezési fázisában mérjék fel, hogy milyen működési feltételek szükségesek számukra a program biztonságos megvalósításához:
  - infrastrukturális fejlesztések (pl. eszközök, szoftverek) tervezése;
  - emberi erőforrások bevonása a projektek adminisztratív és pénzügyi támogatásához, szükség esetén továbbképzés biztosítása;
  - szükség esetén a pénzügyi adminisztrációs rendszer fejlesztése;
  - szükség esetén külső szakértő bevonása a pénzügyi kockázatok értékeléséhez;
  - belső pénzügyi szabályzatok áttekintése, szükség esetén módosítása a korai krízisválasz tapasztalatai alapján;
  - pénzforgalmi terv készítése;
  - pénzügyi audit tervezése az adott programot illetően.
- A támogató szervezetek tartsák tiszteletben a partnerek prioritásait és stratégiáit, és járuljanak hozzá a szervezetek működési stabilitásához és biztonságos fejlődéséhez;
- A szervezeti és pénzügyi átvilágítás vegye figyelembe a civil szervezetek működését, munkamódszereit, infrastruktúráját, kapacitásait, és a feltételeknek való megfelelés mellett tartsa szem előtt azt a célt is, hogy a partnerszervezet működése stabilabbá és biztonságosabbá válhasson;
- A támogatási szerződés megkötésekor a civil szervezetnek álljon a rendelkezésére olyan jogi szakértő, aki jártas a nemzetközi szabályozások területén, és képviselni tudja a szervezet érdekeit;
- A támogató szervezet részletesen, írásban, előre kommunikálja a támogatás felhasználásának feltételeit, az adminisztrációs és beszámolási követelményeket, és mutasson rugalmasságot a partnerszervezet kapacitásait figyelembe véve;
- A pénzügyi kockázatviselés megosztása méltányos módon valósuljon meg a szerződő szervezetek között.

A fentieket egyben mint szakmai ajánlásokat is fogalmazzuk meg a humanitárius programokban támogatást nyújtó nemzetközi donorszervezetek felé.

3.4. SZERVEZETI INTEGRITÁS

Miközben a nőszervezetek gyakran az elsők között reagálnak a humanitárius krízisekben, és olyan kritikus területeken látnak el hiánypótló feladatokat, mint a szexuális és reproduktív egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés vagy a nemi alapú (szexuális és párkapcsolati) erőszak túlélőinek támogatása, addig a humanitárius válságkezelés meghatározó szereplői (az állami és nemzetközi szervek és segélyszervezetek) a tervezési és döntéshozatali folyamatok során csak nagyon korlátozott mértékben veszik figyelembe ezeknek a szervezeteknek a szempontjait: értékeiket, stratégiájukat és kapacitásaikat, társadalmi beágyazottságuk következményeit.

Ez a kontraszt a mi tapasztalatainkban is erőteljesen kiütközött. Ahogyan korábban írtuk, a terepen dolgozó, korlátozott kapacitású nőszervezetek a kulcsfontosságú információkhoz, materiális és pénzügyi erőforrásokhoz sem férnek hozzá megfelelő módon, miközben óriási kihívást jelentett számukra, hogy egy időben ellássák a (szintén intézményes hiányosságok réseit betöltögető, illetve az e hiányosságokból és visszaélésekből fakadó károk orvoslására hivatott) alaptevékenységeiket és alapfeladataikat; fenntartsák és fejlesszék a humanitárius tevékenységüket; alakítsák a szervezeti struktúrájukat; láthatóvá tegyék a tevékenységüket és eredményeiket; és forrásokat igyekezzenek teremteni mindezen munka folytatásához. Ezek a körülmények súlyosan korlátozzák a szervezetek biztonságos működését és fejlődési lehetőségeit, és már középtávon kimerítik erőforrásaikat.

> A humanitárius válságkezelés jelenlegi struktúrájában tehát a nőszervezetek komoly kockázatot vállalnak azzal, hogy részt vesznek a menekülő emberek szenvedésének enyhítésében.

Az alábbiakban sorra vesszük azokat a szempontokat, amik hozzájárulhatnak a humanitárius válságkezelésben részt vállaló szervezetek biztonságához, a szervezetek integritásának megóvásához.

3.4.1. Egyéni biztonság

A nőjogi munka rendkívül összetett, sokféle szakmai kompetenciát és érzékeny személyközi működést igényel, a munkatársak teljes személyiségükkel vesznek részt a munkában. A segítő szakmában dolgozó szakemberek, a személyes támogatást nyújtó segítők körében fellépő másodlagos (közvetett) traumatizáció, az együttérzési fáradtság és a kiégés jelenségeit az elmúlt évtizedekben egyre növekvő érdeklődés övezi mind a pszichológia, mind a menedzsment tudomány- és szakterületén.[14] Mindezekből különösen a kiégés problémája vált egyre nagyobb jelentőségűvé a civil szférában is, azonban a kiégésnek az

14 Európai képzési platform a családon belüli erőszakról, A jogi ágazat szereplői számára kialakított képzési modulok, Modul 9: Öngondoskodás

aktivizmus jellegéből, a szervezeti kultúrából, a civil szektor felépítéséből és működéséből, illetve a tágabb társadalmi-politikai-gazdasági környezetből fakadó sajátosságai viszonylag feltáratlanok maradtak, és a diskurzus a mai napig jellemzően az egyéni szintű felelősségre és a depolitizált „öngondoskodás" (self-care) fogalmára fókuszál.

Habár a nőszervezetek a kiégés politikai keretezésének úttörői voltak, és alapos elméleti tudással és nagy gyakorlattal rendelkeznek az egyéni biztonság és a rendszerszintű hatások összefüggései, a nők elleni erőszak megelőzése és az abból való felépülés, a traumatizáció és másodlagos traumatizáció területein, a kiégés problémáját a mai napig bizonyos szintű tabusítás jellemzi, és sok szervezetben nincsen elegendő tudás és erőforrás arra, hogy megfelelő szervezeti stratégiákat, megelőző vagy korrekciós beavatkozásokat alakítsanak ki.

Az egyéni és szervezeti felelősségvállalás egyensúlyának kérdése különösen a feminista értékeket követő szervezetekben rendkívül érzékeny kérdés. Tapasztalataink alapján a kiégés megelőzéséhez mind az egyén tudatosságára és elkötelezettségére, mind a szervezet felkészültségére szükség van, a kiégéshez vezető esetekben azonban a szervezeti felelősség nagyobb súllyal esik latba. Emiatt ebben a fejezetben a szervezetek lehetőségeire koncentrálunk. Az alábbiakat, bár a humanitárius program kapcsán rajzolódtak ki vitathatatlan tisztasággal, és e tapasztalatok fényében állítottuk össze, hasonlóképp jellemzőnek és fontosnak találjuk más célcsoporttal végzett és egyéb jellegű segítő tevékenységek esetében is.

A humanitárius munka során a szervezet munkatársai fokozottan ki vannak téve bizonyos, a nőkkel végzett közvetlen segítői munkából adódó, potenciálisan traumatizáló hatásoknak, és a kimerülést, kiégést erősítő szervezeti tényezőknek. Ezek közül a legjellemzőbbek:

- Rendszeresen tanúi közvetve vagy közvetlenül súlyos jogsértéseknek, erőszaknak, diszkriminációnak, előítéletességnek és az okozott szenvedésnek;
- Fokozott munkatempó mellett látják el a feladataikat, gyakran szembesülnek a szakmai kompetenciájukon, a segítségnyújtás lehetőségein túlmutató feladatokkal és problémákkal;
- Rendszeresen mély morális distresszt élhetnek át a rendszerszintű problémák és a rendelkezésükre álló eszközök elégtelensége által okozott szenvedés láttán;
- A szervezeteket körülvevő társadalmi közeg és politikai környezet nem támogató vagy kifejezetten ellenséges, a munkatársak sok esetben maguk is elszenvedői a menekültekkel szembeni előítéleteknek, indulatoknak, durva bánásmódnak;
- Munkájuk eredménye nehezen mérhető, a sikerek sokszor korlátozottak, időszakosak, az egyéni hozzájárulások nem minden esetben láthatók egyértelműen, ami azt a benyomást keltheti a munkatársakban, hogy a munkájukba fektetett erőfeszítés „nem éri meg";
- A szervezet általános túlterheltsége miatt sérülhetnek azok a belső értékek, emberi kapcsolatok és működés, amelyek a szervezet legfontosabb erőforrását jelentik;
- A szervezet menedzsmentkapacitásai korlátozottak vagy nem elég hatékonyak, ami növelheti a munkavállalók egyéni terheit;

- A bérezés sok esetben nem megfelelő, ami a személyes, alapvető biztonságérzetüket áshatja alá, és akadályozhatja az öngondoskodást és egyes jólléti szolgáltatások igénybevételét (bár a humanitárius forrásoknak köszönhetően az egyesületben növelni tudtuk a munkatársak keresetét a korábbi bérszínvonalhoz képest, a terepmunkások bére így sem érte el az országos bruttó átlagkereset mértékét);
- A szervezet kiszámítható működésének feltételei nem minden esetben adottak.

Ezeknek a nehézségeknek jelentős része azokra a munkatársakra is vonatkozik, akik nem vagy csak ritkán vesznek részt a közvetlen ellátásban, és elsősorban operatív, koordinációs vagy adminisztratív feladatokat látnak el, különös tekintettel a szervezeti vezetőkre. Az ő esetükben – míg rikábban vannak kitéve az igazságtalan bánásmód és a szenvedés közvetlen megtapasztalásának – a szervezet és a tevékenységek fennmaradásáért vállalt strukturális felelősség jelenthet súlyos és kevésbé látható nyomást. Miközben a vezetői szerepből fakadó terhelés növekszik, a szükséges vezetői támogatás gyakorlatilag nem elérhető; ráadásul hiányoznak azok az emberi kapcsolódások és közvetlen visszajelzések is a munka hasznosságáról, amelyeket a közvetlen ellátásban dolgozók az ügyfelekkel való kapcsolat során megtapasztalnak – mindez elszigeteltséghez és érzelmi kimerüléshez vezethet, valamint hosszú távon a kiégés kockázatát is növeli.

> A nőjogi területen feladatot vállaló munkatársak és segítők motivációja sok esetben személyes érintettségből fakad, amely egyénenként eltérő mértékben befolyásolhatja a mindennapi munkavégzést, és az ezzel járó mentális terhek kezelésének képességét. Emellett nagyfokú elkötelezettség jellemző a szervezetek tagjai között nemcsak a nők és a szervezet küldetése, hanem a szervezet más tagjai felé is.

Mindezek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a munkatársak a saját szükségleteikről nem vagy nem időben, illetve nem kielégítő módon gondoskodnak.

A traumatikus élmények mellett az állandó vagy rendszeresen visszatérő stresszhatások összeadódó következményeire mind a munkavállalónak, mind a szervezetnek fokozott figyelmet kell fordítania. A tünetek sokféle formát ölthetnek az egyéni jellemzőktől és sérülékenységtől függően, és egyaránt hatással vannak az egyén fizikai és pszichés állapotára, emberi kapcsolataira és munkájának minőségére. A megfelelő önismeret kiemelten fontos abban, hogy a munkatársak tudatosan felismerjék és nyomon kövessék saját állapotukat, és szükség esetén támogatást, segítséget kérjenek. Fontos szerepe van továbbá a közvetlen munkatársaknak, akik sokszor az érintettnél is korábban észlelik a jeleket. Soha ne becsüljük alá a korai tünetek jelentőségét, és azt sem, hogy a figyelmen kívül hagyott, kezeletlen stresszhatások idővel milyen mértékű károkat tudnak okozni mind az egyén, mind a szervezet szintjén.

A mentális egészség megőrzése és támogatása mellett a fizikai biztonságot érintő kockázatokat is szükséges számba venni és azokra felkészülni. Különösen a kapcsolati erő-

szakban és/vagy emberkereskedelemben érintett, vagy annak nagyobb eséllyel kitett nők és lányok (lásd Natasa, Izabella és Viktoriia esete) támogatása során a munkatársak is nagyobb eséllyel vannak kitéve támadásnak, fizikai vagy verbális erőszaknak.

A szervezet felelőssége, hogy lehetőségei szerint olyan működési struktúrát, folyamatokat, munkakörülményeket és támogatási formákat alakítson ki, amelyek a munkatársak egyéni szükségleteit és igényeit figyelembe véve hatékonyan tudják megelőzni, és szükség esetén kezelni a problémákat. Az alábbi szempontokat tartjuk kiemelt jelentőségűnek:

- A lehetőségek szerint pontosan és egyértelműen határozzuk meg a munkatársak szakmai kompetenciáit, feladatait és felelősségi körét;
- A feladatkörök kialakításánál a szakmai feladatok mellett vegyük számításba az adminisztrációs feladatokat, a szakmai fejlődéshez és önreflexióhoz szükséges időt, számoljunk az előre nem látható nehézségekkel, törekedjünk a reális teljesítményelvárásra;
- A feladatszervezés során vegyük figyelembe, hogy a munkatársak mind a szakmai felelősséget, mind az érzelmi terheket meg tudják osztani egymás között;
- A munkatársaknak legyen egyéni biztonsági terve, alakítsunk ki folyamatokat a vészhelyzetek jelzésére. A munkatársak kapjanak felkészítést és támogatást a kockázatfelismeréshez és személyes határtartáshoz, hogy a kockázatot rejtő kéréseket akár nyomás alatt is vissza tudják utasítani, valamint hogy alkalmazni tudjanak konfliktuskezelő és deeszkalációs eszközöket.
- Lehetőség szerint a munkatársak a terepmunkát párban végezzék, és gondoskodjunk róla, hogy a munkatársak tartózkodási helye ismert legyen, különösen ismeretlen vagy magas kockázatú helyszínek felkeresésekor. Használjunk biztonságos kommunikációs csatornákat és figyeljünk arra, hogy mit teszünk közzé a közösségi médiában a terepmunkával kapcsolatban, ügyeljünk a személyes adatok, elérhetőségek védelmére a segítők és a segítettek tekintetében egyaránt;
- Személyes beszélgetés keretében rendszeresen tájékozódjunk a munkatársak munkaterheiről, nehézségeiről, testi-lelki állapotáról;
- Szervezeti szinten is rendszeresen teremtsünk alkalmat a visszajelzésre, az eredmények láthatóvá tételére, a sikerek ünneplésére és a kudarcokkal, veszteségekkel kapcsolatban megjelenő nehéz érzések megélésére;
- Biztosítsuk a szükséges időt a zavartalan regenerálódásra mind az egyéni szabadnapokon, mind a szervezeti elvonulásokon;
- Amennyiben lehetőségünkben áll, biztosítsuk a munkatársak számára a hozzáférést a jó színvonalú egészségügyi ellátáshoz;
- Gondoskodjunk róla, hogy a pszichológiai biztonság és a mentális egészség témái szervezeti szinten megjelenjenek, a munkatársak rendelkezzenek az alapvető ismeretekkel a témáról, az elérhető támogatási formákról;
- A fentiekhez szükséges forrásokat vegyük figyelembe a programtervezés és költségvetés összeállítása során.

Jó gyakorlatként tekintünk a szakmai kérdésekre, fel- és megoldandó dilemmákra és problémákra fókuszáló, rendszeres, csoportos esetmegbeszélésekre; és az egyéni szükségletek alapján biztosított, az érzelmi jóllétre fókuszáló személyes szupervíziók biztosítására. A kellő rendszerességgel tartott csoportos esetmegbeszélők lehetőséget teremtenek a nehéz szakmai kérdések és dilemmák megvitatására, támogatják a kölcsönös tanulási folyamatokat, és erősítik a hatékony információáramlást és a csapattagok közti kapcsolódást is. Ideálisnak tartjuk, ha egyéni támogatásra több, a szervezet által kijelölt szupervízor is elérhető. Kiemelten fontosnak tartjuk, hogy a szupervízorok előzetes tudással rendelkezzenek a szervezet működéséről, körülményeiről, valóságáról, és magukénak érezzék a szervezet által képviselt értékeket. Tapasztalataink alapján a rendszeres egyéni szupervízió minden munkatárs javát szolgálja, függetlenül az aktuális állapotuktól.

3.4.2. Csapatkohézió

A szervezeti integritás biztosításához szükség van a csapatkohézió építésére és folyamatos fenntartására is. Ha a csapattagok jól működnek együtt, akkor az egyszerre hat pozitívan a tevékenység minőségére és a munkavállalók elégedettségére.

A csapatkohézió építésére több lehetőség is kínálkozik. Mindenképp szükséges, hogy a szervezet értékeivel, elveivel és működési normáival minden, a programban dolgozó munkatárs tisztában legyen és azokat képviselve dolgozzon. Ehhez adja a keretet a szervezet etikai kódexe,[15] amelyben benne foglaltatik a cél, amelyért a szervezet dolgozik; az alapértékek és alapelvek, amelyek mentén a tevékenységet szervezi; illetve a konfliktuskezelés módjai. Ezt jól kiegészítheti egy programszintű működési szabályzat, amelyben rendelkezésre állnak a mindennapi munkavégzéshez szükséges működési elvek és egyértelmű iránymutatások. Jó, ha ez a szabályzat részleteiben tartalmazza a programcsapat felépítését, feladatköreit, felelősségeit, a napi működési rendet, a munkafolyamatok szabályozását, a belső kommunikáció és információáramlás folyamatait, a pénzkezelés gyakorlatát. A működést szabályozó normák közé soroljuk továbbá az adatkezelési és adatvédelmi irányelveket, illetve a védelmi szabályzatot és protokollt (ld. Függelék 5.6. és 5.7. fejezet).

A csapatkohézió építéséhez nagyban hozzájárulnak a közös tanulást és kölcsönös tudásmegosztást szolgáló alkalmak is. Amikor a csapat tagjai közösen dolgoznak egy új készség elsajátításán, akkor jobban megismerik egymást, ezáltal erősödik a közöttük lévő kapcsolat, ami hozzájárul a bizalom kiépítéséhez. A közös tanulás behozhat új megközelítéseket és ötleteket is a csapatba, ami a későbbiekben gazdagíthatja a munkát, emellett segíthet a munkatársaknak abban is, hogy elkötelezettebbé váljanak a közös célok iránt. Ezek a tanulási alkalmak történhetnek strukturált képzések vagy nem strukturált tudásátadás formájában.

15 EMMA Közhasznú Egyesület – Etikai kódex (ld. Függelék 5.5 fejezet)

STRUKTURÁLT TUDÁSÁTADÁS – KÉPZÉS

A program során két alkalommal szerveztünk képzést. Az első képzésre a krízis kirobbanását követő fél évvel került sor, amikor szükségszerűvé vált a meglévő programstáb *humán kapacitásainak bővítése*. Az újonnan csatlakozó munkatársaknak és önkénteseknek olyan képzést szerveztünk, amely során – partnerszervezetünkkel együttműködésben – átadtuk a tevékenységhez kapcsolódó legfontosabb ismereteket és a szemléletet, amelyben dolgoztunk. A háromnapos képzés során a következő témákat jártuk körül: feminizmus, fogamzásgátlás, abortusz, várandósgondozás, kísérői készségek és hatékony támogatás, tereptapasztalatok hátrányos helyzetű nőkkel, párkapcsolati és szexuális erőszak.

A második képzésre akkor került sor, amikor a *szolgáltatásaink körét bővítettük*. Ekkor egy ötalkalmas, 40 órás képzés keretében az egyesület teljes stábja együtt tanult és tájékozódott a menstruáció, női egészség, fogamzásgátlás és terhességmegszakítás témáiról.

LEARNING BY DOING – A GYAKORLATON KERESZTÜL TÖRTÉNŐ TANULÁS ÉS TUDÁSÁTADÁS

Ez a tanulási forma a program teljes ideje alatt jellemző volt, hiszen mindig voltak olyan, újabb és újabb információk (pl. a jogszabályi változások), amikről a tevékenységek gyakorlati megvalósulása során szereztünk tudomást, és amiket aztán be kellett emelnünk az általános ismereteinkbe és gyakorlatainkba. Ennek a fajta tudásszerzésnek továbbá fontos színterei voltak a szakmai találkozók és tudásmegosztó alkalmak a krízisben dolgozó más szervezetekkel és szakemberekkel.

Másrészt ez a tanulási forma volt elérhető azon munkatársak számára, akik az első vagy második képzési egység után érkeztek a csapatba. Nekik a már gyakorlatban is folytatott munka során kellett elsajátítani azt a tudást, amire a többiek a képzések során tettek szert. A nőközpontú, feminista megközelítés, illetve a hátrányos társadalmi és gazdasági helyzetű csoportokkal szerzett munkatapasztalat minden új munkavállaló esetében előfeltétel, alapkövetelmény volt. Erre épült rá a gyakorlaton keresztül történő tudásátadás a konkrét tevékenységi területről, egyfajta mentorálási rendszerben. Az újonnan csatlakozók mindig egy tapasztaltabb munkatárs támogatását élvezhették, aki betanította és bevezette őket a munkakör és a feladatok részleteibe, aki segített megválaszolni a felmerülő kérdéseket, és akivel ki lehetett látogatni a terepre

annak érdekében, hogy az új munkatárs közvetlen tapasztalatot szerezhessen a nőkkel való segítői kapcsolat kiépítésének és fenntartásának mikéntjéről.

Ide soroljuk a tudásmegosztásnak azt a kölcsönös formáját is, ami a perinatális, illetve mentális támogatásban gyakorlott munkatársak és a szociális munkások között zajlott, annak érdekében, hogy a tudásukat és gyakorlatukat ötvözni tudják a hozzánk forduló nők minél hatékonyabb támogatása érdekében.

Szintén kohéziós funkciót töltenek be a nyílt kommunikációt ösztönző megbeszélések, ahol mindenki biztonságban érezheti magát és kifejezheti véleményét, ahol kérdezhet és megoszthatja visszajelzéseit, megéléseit és ötleteit a munkával kapcsolatosan. A mi működésünk során a heti rendszerességű munkamegbeszélések nyújtottak teret ennek, ahol az operatív témák mellett az egyes esetekkel, akut nehézségekkel is foglalkoztunk, illetve ahol a kölcsönös tudásmegosztás zajlott.

A csapatkohézió építését szolgálják azok az informális alkalmak és csapatépítő programok is (pl. elvonulások, közös összejövetelek), ahol kötetlenül van lehetőség a kapcsolódásra. Ezek az alkalmak amellett, hogy erősítik a csapattagok közötti összetartást, elősegítik a közös munkát elősegítő nyitottabb, hatékonyabb párbeszédet is a csapattagok között. A mi esetünkben ezekre az alkalmakra azért is volt nagy szükség, mert fizikailag nagy távolság választotta el egymástól a programstáb tagjait (volt egy fővárosi és egy kelet-magyarországi munkacsoport). Annak érdekében, hogy senki se érezze magát kirekesztve vagy mellőzve, és hogy valóban ne is feledkezzünk meg senkiről, hanem erősítsük a kohéziót a teljes csapat körében, időről időre alkalmat teremtettünk a személyes kapcsolódásra is.

3.4.3. A program integrálása a szervezet működésébe

A jelentős és rövid időn belül zajló kapacitásbővüléssel járó programterületek mindennapos szervezeti működésbe történő integrálása sokféle kihívással jár. Ahogy fentebb is említettük, az ilyen mértékű változások beépítése a szervezeti működés minden területére hatással van.

Döntéshozás, szervezeti struktúra átalakítása

A szervezet méretének, az ott dolgozók számának változása miatt szükség lehet a munkafolyamatok és döntéshozási mechanizmusok átalakítására. Az, ami a szervezet korábbi tevékenységei mellett megfelelt, lehet, hogy az új programterület megjelenése után már nem szolgálja elég jól a hatékony működést. Nemcsak egyéni, de szervezeti szinten is fontos a tájékozott döntéshozás, vagyis aki a döntéseket hozza, annak rendelkeznie kell

a szükséges információkkal minden, releváns aspektusban: adminisztratív és anyagi tekintetben, valamint a különböző alaptevékenységek és aktuálisan futó projektek potenciálisan érintett elemei (és stábjai) tekintetében is.

Egy kis létszámú, egy-két alaptevékenységgel rendelkező, lapos szervezeti struktúrában könnyebb demokratikusan, konszenzusos alapon meghozni a döntéseket, de a szervezet növekedésével ez egyre nehezebbé válik. Ilyenkor szükség lehet felosztottabb (pl. a közvetlenül az adott tevékenységekben részt vevők bevonására korlátozott), vagy hierachikusabb döntéshozási módszerek kialakítására. Az időszűke és a kapacitások leterheltsége is nehezíti a konszenzusos megoldások kialakítását; ilyen kontextusban a csapattagokat is mentesíti, ha nem kell minden egyes döntésben részt venniük. Ugyanakkor az sem szerencsés, ha a vezetői struktúra magasabb pontjain álló munkatársakat terheli túl a folyamatos döntéshozási kényszer: bizonyos helyzetekben éppen hogy a döntések delegálása, demokratizálása, a döntéshozási struktúra laposabbá tétele lesz a jó megoldás.

A döntéshozás szintjeinek kialakítása, az egyes szinteken elérhető információk és az ahhoz tartozó felelősségek és feladatkörök összehangolása a szervezet minden tagja számára kihívás, hiszen az időhiány miatt ezek a változások nem feltétlenül előre tervezett módon történnek, és a csapattagoknak a szokásosnál is gyorsabb tempóban kell az új struktúrákhoz alkalmazkodni. Ez a projekt megvalósítása során feszültséget, bizonytalanságot, ellenállást válthat ki. A világos és átlátható kommunikáció, a nyílt párbeszéd a változások szükségességéről és céljáról, a szervezeti küldetéssel összhangban lévő közös jövőkép és elköteleződés megerősítése, a munkatársak aggodalmainak és kételyeinek meghallgatása és azok jogosságának elismerése, a mindennapi, kis sikerek közös megünneplése segíthet megelőzni a konfliktusok kiéleződését. A zökkenőmentes átmenetet elősegítő folyamatok megtervezése és a munkaidőbe való beépítése komoly kihívás, és az intenzív változások időszakában nem is feltétlenül sikerül.

Tudásmenedzsment

A szervezeti tudásmenedzsment célja annak biztosítása, hogy a megfelelő információ a megfelelő időben, a megfelelő módon rendelkezésre álljon a munkatársak számára, ezzel is javítva a szervezet együttes teljesítményét. Sajnos a fokozott munkaterhelés mellett nem mindig van lehetőség a meglévő tudás összegzésére, strukturálásra vagy elérhetővé tételére. Az is akadályozhatja a megfelelő tudásmenedzsmentet, hogy időnyomás alatt nem feltétlenül adódik tér és alkalom alaposan végiggondolni, hogy pontosan kinek, mikor, milyen információra van vagy lehet szüksége. A körülményekből fakadó kapkodás többek között azzal járhat, hogy értékes tapasztalatok nem hasznosulnak, és akár már megoldott helyzetekre, problémákra kell újra és újra megoldást keresni; vagy hogy egyszerre van jelen a felesleges információ miatti túlterheltség és az információhiány az adott tevékenység vagy feladatkör szempontjából relevánsabb tudásokra nézve.

Fontos a többirányú információáramlás biztosítása a szervezeten belül: egyrészt a szervezeti kultúra, a szemlélet, a korábbi tevékenységekből származó tapasztalatok átadása az

új munkatársaknak; másrészt pedig az új programterületen keletkezett tudás, tapasztalat, kapcsolati háló megosztása olyan módon, hogy az a szervezet tudástőkéjébe beépülve hasznosulni tudjon a konkrét programon túl is.

A belső kommunikációs folyamatok kialakításakor is érdemes több szempontot mérlegelni:

- Ha a donorszervezetekkel való kapcsolattartást, a pénzügyi és tartalmi beszámolók elkészítését, a program külső kommunikációját olyan munkatárs végzi, aki a szervezetben más programokhoz kapcsolódó feladatokat is ellát, akkor fontos kialakítani megfelelő információs csatornákat, hogy ő is értesüljön a program előrehaladásáról, az aktuális kihívásokról és eredményekről, anélkül, hogy ez bárki részéről túl sok időt igényelne. Például: beiktatható a rendszeres stábmegbeszélésekbe egy 20 perces zárórész, amin már csak a releváns munkatársak maradnak ott, és konkrét kérdéseken végighaladva összegzik az aktuális helyzetet.
- Érdemes végiggondolni, hogy a programban részt vevő munkatársaknak mennyi és milyen információra van szükségük a programra vonatkozó pályázatok tartalmával, elvárásaival kapcsolatban. Ezeknek egy része közvetlenül érinti az ő feladataikat is (például az adminisztrációs követelmények vagy hogy milyen szolgáltatások, milyen adományok számolhatók el), az ilyen jellegű információkat mindenképp át kell adni az összes munkavállalónak. Emellett azonban lehetnek olyan információk, amik a közvetlen feladatvégzéshez nem feltétlenül szükségesek, és az idő szűkössége miatt ezek megosztása csak fokozná a túlterheltséget. A teljesítendő projektkövetelményekhez kapcsolódó információk gyakori elismétlése pedig nyomasztó hatással is lehet.
- Erősíti a szervezet integritását és a csoportkohéziót, ha a szervezet különböző programjainak munkatársai ismerik a többi projekt munkatársait, és nagy vonalakban a többi program tevékenységeit is. Ennek megvalósítására arányos időt érdemes szentelni, mert ha túl sok időt és energiát vesz igénybe, akkor terhessé válhat a szervezet és a résztvevők számára is.

Változásmenedzsment és vezetői támogatás

A civil szervezetek életében a változás állandó, a külső és belső kihívásokhoz folyamatosan alkalmazkodni kell. Az új program elindítása, működtetése és integrálása azonban olyan jelentős változás, ami a szokásosnál nagyobb terhet ró a szervezet minden tagjára. Ezen segíthet, ha a munkatársak minél többet tudnak reflektálni a változásokra, és képesek újraértékelni a folyamatokat és szükség szerint újraosztani a feladatokat.

A változás kezelése és a munkatársak támogatása a változás elfogadásában elsősorban vezetői feladat, azonban speciális készségeket igényel, hiszen a szokásos működésen felüli problémák merülnek fel nap mint nap. A szervezet hirtelen növekedésével és a döntéshozási rendszer megváltozásával a munkatársak egy részének feladatköre új vezetői felelősségekkel bővülhet, aminek az előkészítéséhez és fokozatos bevezetéséhez nem mindig áll rendelkezésre elégséges idő. Tapasztalataink szerint a nagy időnyomás és hirtelen megnövekedett munkaterhelés közben ezek a munkatársak általában nem

kapnak támogatást ezeknek a megváltozott feladat- és felelősségi köröknek a működtetéséhez, pedig sokszor az is segítség lenne, ha tapasztalatot tudnának cserélni más vezetőkkel, akik jelenleg hasonló kihívásokkal találkoznak vagy korábban már átéltek ilyen volumenű szerepváltozást vagy szervezeti átalakulást. Ennek hiányában az új vezetők elszigetelődhetnek, egyedül maradhatnak a megnövekedett felelősség és korábban ismeretlen döntéshelyzetek terhével, ami növeli a kiégés kockázatát.

Amennyiben lehetőség van rá, hasznos lehet a vezetőknek és a munkatársaknak is támogatást biztosítani valamilyen formában, hogy a humanitárius krízishelyzetből fakadó külső és belső kihívásokkal hatékonyabb megküzdési módszereket alkalmazva tudjanak szembenézni. Ugyanakkor el kell fogadni, hogy a helyzet természetéből fakadóan nem fogunk tudni minden változásra felkészülni, és hogy a szervezeti integráció számos lépése és eleme nem irányítható, nem kontrollálható. Arra azonban törekedhetünk, hogy a legjobb tudásunk szerint kezeljük a helyzetet, és hogy „elég jó" megoldásokat válasszunk. A sikeres és sikertelen helyzetkezelések megvitatása, a jó és nem annyira jó tapasztalatok áttekintése, a tanulságok levonása is olyan gyakorlat, ami segíti a szervezeti és egyéni szintű integritást egyaránt. Bár menet közben nehéz erre időt találni, de mindenképpen érdemes foglalkozni vele, ha éppen adódik egy kicsit is kevésbé mozgalmas időszak a program megvalósítása során.

3.4.4. Együttműködés a támogató szervezetekkel

A szexuális és reproduktív egészséggel és jogokkal foglalkozó nőszervezetként az EMMA Egyesület munkája a nők valóságán alapszik: elismerve annak összetettségét, személyességét és társadalmi beágyazottságát, egyszerre ösztönzi az egyéni és a társadalmi felelősségvállalást. A közvetlen segítségnyújtás komplex és személyre szabott megközelítésen alapul, egyenrangú partnerségre törekszik a nőkkel, és az azonnali szükségletek kielégítése mellett megerősíti az egyéni kompetenciákat, miközben a rendszerszintű diszfunkciók megoldására irányuló érdekérvényesítő tevékenységek az önrendelkezéshez való jog megvalósítását és gyakorlását támogatják. Ez a szemlélet a szervezet működését is meghatározza: a szervezeten belüli hierarchikus viszonyok minimálisak, a felelősségi körök kialakítása az autonóm cselekvést támogatja, a szervezet kohézióját pedig a kölcsönös gondoskodásra épülő viszonyok biztosítják.

A szervezet integritása a társadalomban látni kívánt változás szimbólumaként jelenik meg, ezért elsődleges jelentőséggel bír.

> Egyesületünk egyik tételmondata: „Arra törekszünk, hogy úgy bánjunk egymással, ahogyan szeretnénk, hogy a társadalom bánjon a nőkkel".

A más szervezetekkel való együttműködések sikere ezért nagyban múlik azon, hogy a szakmai munka és a működés mely területein és milyen mértékű alkalmazkodást kíván a partnerektől.

A humanitárius segítségnyújtásban meghatározó, koordináló szerepet ellátó nemzetközi szervezetek álláspontja szerint a szexuális és reproduktív jogok és egészség területén a megvalósító partnerszervezetekkel való együttműködés alapelvei: a tiszteletteljes, partnerségen alapuló együttműködés kialakítása; a szexuális és reproduktív jogok érvényesítése a programtervezésben; az információ és az eredmények megosztása; valamint a megfelelő részletességgel kialakított folyamatok, az emberi jogok és a pénzügyi átláthatóság biztosítása.

A humanitárius program megvalósítása során az EMMA Egyesület nyolc nemzetközi támogató szervezettel működött együtt 12 támogatási projekt keretében.

A tapasztalatok alapján a sikeres együttműködést és a fenti alapelvek gyakorlatba ültetését az alábbi tényezők segítik:

- A partnerek szakmai munkáját és működését meghatározó értékek közel állnak egymáshoz;
- A programban a humanitárius rendszer szolgáltatásorientált szemlélete mellett következetesen érvényesülnek az emberi jogi és társadalomkritikai szempontok;
- A programtevékenységek a helyi feltételeknek megfelelően, rugalmasan alakíthatók;
- A támogatás lehetőséget biztosít az érdekképviseleti tevékenységre;
- A támogatás lehetőséget biztosít a regionális szervezetekkel való tapasztalatcserére, stratégiai tervezésre;
- A támogatás felhasználható egyéni és szervezeti biztonságot és integritást támogató tevékenységekre, eszközökre, szolgáltatásokra;
- A támogatás szerkezete és feltételei nem akadályozzák a takarékos gazdálkodást, a hatékony munkavégzést és a rugalmasságot, és hozzájárulnak az egész szervezet megerősödéséhez;
- Az eredményeket mérő indikátorok és az ehhez kapcsolódó elvárt dokumentáció, a működési és pénzügyi átláthatóságra vonatkozó feltételek meghatározása már a programtervezés során, együttműködésben és kölcsönös alkalmazkodás mellett valósul meg;
- A partnerek megfelelő időben, rendszeresen és nyíltan kommunikálnak;
- A támogató szervezet személyes látogatást tesz a programidőszak alatt;
- A támogató szervezet transzparensen és számonkérhetően teljesíti a vállalásait;
- A kockázatértékelés kétoldalú, nem kizárólag technikai szemléletű, és minden partner érdekét figyelembe veszi;
- A támogató szervezet részt vállal a programmal járó kockázatok kezeléséből.

4.
VISSZATEKINTÉS ÉS KONKLÚZIÓ

Ha vizuálisan rajzolnánk meg a program ívét, akkor a kezdeti időszakban meredeken emelkedő görbét rajzolhatnánk, ami az első év végére magasan tetőzött – nagy humán erőforrás-kapacitás, anyagi forrásbőség, széles szolgáltatási paletta mellett –, majd ezen a maximális kapacitási szinten működött a második év végéig. A harmadik évben a humán erőforrások és anyagi források markáns csökkenésével és a terepmunka megszűnésével a görbe egyre inkább leszálló ágba került.

A programtevékenység beszűkülése és közelgő lezárása egy összetett folyamat eredménye. A program első két éve lehetőséget adott arra, hogy megtapasztaljuk, mi jelenti a menekült nők számára a valódi segítségnyújtást és magas hatékonyságú támogatást: a terepmunkán alapuló komplex esetkezelés. Ez a típusú tevékenység ugyanakkor különösen sok anyagi és humán erőforrást igényel, ezért akkor tartható fenn hosszú távon, ha a szervezetnek lehetősége van legalább középtávú stratégiai és pénzügyi tervezésre – a jelenlegi finanszírozási környezet pedig ezt nem teszi lehetővé.

A pénzügyi források kimerülése mellett a nagyon intenzív, maximális kapacitáson működő időszak igénybe vette az emberi erőforrásainkat is. Sokszor jelentett kihívást megtartani a személyes és szakmai határokat a felmerülő újabb és újabb szükségletekkel szemben, miközben jellemzően nem tudtunk sehova továbbirányítani ügyfeleket: nem voltak tartósan, kiszámíthatóan jelen más szervezetek, akikkel el lehetett volna osztani a szexuális és reproduktív egészséghez kapcsolódó (és az azokon túlmutató) szükségletek kielégítését. Mindezt tetézte, hogy a rendszerszintű akadályok nem enyhültek az idő múlásával, és a mindennapos szélmalomharc felőrölte az erőforrásainkat.

Különösen fájó tény, hogy úgy hagyjuk abba ezt a tevékenységet, hogy közben rendszerszinten nem történtek előremutató változások, és a menekültek ellátásába bekapcsolódó, fontos állami feladatokat átvállaló többi civil szervezet is egyre fogyatkozó kapacitásokkal működik, így nem lehetünk nyugodtak a menekült nők jövőbeli sorsát illetően. Annál is inkább, mert napi szinten kapunk visszajelzést tőlük arról, hogy a személyes érdekérvényesítő jelenlét nélkül a hozzáférésük továbbra is akadályozott a reproduktív egészségügyi ellátásokhoz. Nem beszélve a pszichoszociális szükségletekről, amik ellátására a krízis elhúzódásával és a mindennapi boldogulásukat nehezítő körülmények miatt (pl. lakhatási és pénzügyi bizonytalanság, diszkrimináció) továbbra is szükségük lenne. Tehát továbbra is fennáll az igény a szolgáltatásaink iránt.

A lezárás és a visszatekintés ugyanakkor lehetőséget ad arra is, hogy számba vegyük az elért eredményeinket és sikereinket, mindazokat a pozitívumokat, amiket a programnak köszönhetünk. A program közel ezer nő számára nyújtott mentális és pszichoszociális támogatást, valamint segített hozzáférni nőgyógyászati és szülészeti ellátáshoz. Becsléseink szerint legalább tízszer ennyi embert értünk el új információval, tárgyi adományokkal vagy más közvetett módokon. A tágabb közönséget tekintve pedig legalább százezer emberhez jutottunk el – felhívva a figyelmet a menekült nők helyzetére és a rendszer hiányosságaira.

Büszkék vagyunk arra, hogy a nők bizalmat szavaztak nekünk és beavattak az életük legintimebb eseményeibe, hogy sokszor adtak pozitív visszajelzést a munkánkról, és sorra ajánlottak bennünket női rokonaiknak, ismerőseiknek. Visszajelzéseikből tudjuk (Kupcsok et al, 2024), hogy biztonságot nyújtottunk nekik, sokat jelentett számukra, hogy mindig számíthattak ránk, hogy meghallgattuk őket, hogy partnerként tekintettünk rájuk, hogy kiálltunk mellettük, hogy megválaszoltuk felmerülő kérdéseiket, hogy ott voltunk és támogattuk őket akkor, amikor a legnagyobb szükségük volt rá és a leginkább kiszolgáltatottnak érezték magukat. Bővültek az ismereteik, és nőtt a tudatosságuk a szexuális és reproduktív egészségüket illetően. A szolidaritásra és empátiára alapuló, mély bizalmi viszonyt feltételező kapcsolódásoknak köszönhetően kölcsönösen gazdagítottuk egymás életét. Mi személyesen is sokat tanultunk odafigyelésről, gondoskodásról, a női lét és az anyaság kihívásairól és szépségeiről, alázatról és kitartásról. Büszkék vagyunk az érdekérvényesítésben elért sikerekre is: arra, hogy a kísérésnek és támogató jelenlétnek köszönhetően lehetővé vált az általunk támogatott nők egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése. Egyúttal ez azt is jelenti, hogy sikerült megelőznünk számos egészségügyi

szövődményt és jogi nehézséget, és enyhíteni a kiemelten sérülékeny nők számára vállalhatatlan anyagi terheken. Rengeteg nőnek sikerült segítenünk csökkenteni a súlyosan traumatizáló szülésélmény kockázatát és a teljes cserbenhagyottság és kiszolgáltatottság érzését a várandósságuk, szülésük és a gyermekágyas időszak során; számos nő számára segítettünk megelőzni nem kívánt terhességeket és azok kényszerű kihordását, ezzel együtt pedig az ilyen helyzetekkel járó komplikációkat és súlyos nehézségeket.

Szervezeti szinten is sokat kaptunk ettől a programtól. Jelentősen bővült a kapcsolati hálónk, ami a humanitárius, a nemzetközi és hazai civil szervezetekkel való együttműködést illeti, továbbá sokrétűbbé is váltak a kapcsolataink, mert a nőjogi szervezeteken kívül más társadalmi szervezetekkel is lehetőségünk nyílt partnerséget kialakítani.

A programnak köszönhetően született meg az igény arra is, hogy kiszélesítsük a szolgáltatásaink körét és képződjünk olyan témákban is, mint a női egészség, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás, és vállaljunk támogatást a várandósság és szülés mellett a reprodukcióval összefüggő események szélesebb spektrumán. Ez a tudás és tapasztalat a későbbiekben más programjainkat is gazdagította, és azóta is építünk rá.

Első kézből származó, közvetlen tapasztalatokkal bővült meglévő tudásunk az egészségügyi ellátásról, az adminisztratív ügymenetekről és az állami szervek működéséről, a szociális ellátórendszerről és a bántalmazott nők intézményi ellátásáról. A közvetlen tapasztalatoknak köszönhetően jobban rálátunk és érzékenyebbé váltunk a sérülékeny és kiszolgáltatott csoportok tapasztalataira, ezáltal jobban ki tudjuk hangosítani az élményeiket és a szükségleteiket. Sokat fejlődtünk az ügyfélellátást támogató adminisztrációs háttérmunkában is.

A nők szexuális és reproduktív egészségének biztosítása humanitárius krízisben nem csupán egyéni, hanem közösségi és társadalmi szinten is életbevágó. Bátorítunk minden szervezetet, aki belefogna hasonló programba, hogy tegyék meg, mert a nőknek minden körülmények között szüksége van erre a támogatásra. Bízunk abban, hogy ez a kézikönyv megfelelő információval és gyakorlati útmutatóval szolgál ahhoz, hogy a vállalásról informáltan és felelősen dönteni tudjanak, illetve ha belevágnak, hasznos támpontokkal szolgál majd a lebonyolításhoz.

5. FÜGGELÉKEK

5.1. SZAKMAI SZÓSZEDET

Bizalmi kapcsolat: Olyan kapcsolat két vagy több ember között, amelynek alapja az őszinteség és megbízhatóság. A felek hisznek egymás jó szándékában, számíthatnak egymásra, és biztonságban érzik magukat a kapcsolatban. Kiépítése időt és energiát igényel, de ha sikerül, hosszú távon stabil és támogató köteléket hoz létre.

Civil szervezet: Az a szervezet tekinthető civilnek, amely független az államtól és egyéb intézményektől, emellett nonprofit, azaz célja nem a haszonszerzés, a tevékenységét tekintve pedig a társadalmi jólétért, a közösségi érdekekért működik. Ezek a szervezetek önkéntesen jönnek létre, döntéseikben nem függenek más intézmény akaratától. Jellemzően támogatásokból, adományokból és pályázati forrásokból működnek.

Családvédelmi szolgálat (CSVSZ): 1993. január 1-jével kezdték meg működésüket a CSVSZ-ek azzal a szándékkal, hogy széles körben átadják a családtervezéssel kapcsolatos ismereteket és hogy csökkentsék az abortuszok számát. A CSVSZ-ekben családvédelmi védőnők dolgoznak. Terhességmegszakítási szándék esetén kötelező két alkalommal megjelenni a tanácsadáson. Az első tanácsadás a magzat megtartására irányul: a védőnő tájékoztatja a nőt, hogy milyen lehetőségei vannak a támogatásra, ha vállalja a terhességet, illetve, ha a gyereket nem is vállalja, a terhesség kihordása után milyen lehetőségei vannak az örökbeadásnak. Tájékoztatást nyújt emellett a magzat fejlődéséről, a terhességmegszakítás veszélyeiről és az esetleges későbbi terhességre gyakorolt hatásáról. A második tanácsadás – ami leghamarabb az első tanácsadást követő 3. napon lehet – már magáról a terhességmegszakításról szól, emellett szó esik a családtervezésről és a műtétet követő fogamzásgátlási lehetőségekről. A CSVSZ tanácsadás igénybevétele mindenki számára térítésmentes és lakóhelytől függetlenül bármelyik CSVSZ-t fel lehet keresni.

Donorszervezet: Azokat a támogató szervezeteket értjük alatta, amelyek pénzügyi forrásokat, tárgyi vagy technikai támogatást biztosítanak egyéneknek, csoportoknak, szervezeteknek a kitűzött céljaik elérésére. Ezek az adományozók lehetnek kormányzati, nem kormányzati vagy magánszektorbeli szervezetek, amelyek pénzeszközöket különítenek el a küldetésükhöz igazodó konkrét kezdeményezések támogatására, például humanitárius segítségnyújtás, környezetvédelem, egészségügy, oktatás, az emberi jogok és a társadalmi igazságosság területén, általában meghatározott prioritások és feltételek mentén.

Dúla: Olyan segítő, aki fizikai, érzelmi és információs támogatást nyújt a nőknek a várandósság, a szülés és a gyermekágyas időszak alatt. Az élettani szüléssel kapcsolatos tapasztalatok és információk átadásával segíti a nőt (és a nő párját) a szülővé válás útján. Jártas a vajúdástámogatásban, a szülés alatti fizikai komfortnövelő és fájdalomcsökkentő technikákban. A szülés természetes lefolyását megszakítás nélküli jelenléttel támogatja. A dúláknak nincs egészségügyi végzettségük és semmilyen módon nem vesznek részt a várandós nők egészségügyi ellátásában. Ugyanakkor a teljes perinatális időszakon átívelő, mentálhigiénés jellegű munkájuk jól kiegészíti a szakellátást.

Egészségügyi Világszervezet (WHO – World Health Organization): Az Egyesült Nemzetek Szervezetének (ENSZ) egyik szervezete, amely a nemzetközi közegészségügy koordináló hatóságaként működik. Célja az egészségügy minőségének globális szintű javítása, valamint az elérhető legmagasabb szintű egészség biztosítása minden ember számára.

Esetkísérés/esetkezelés: Egy folyamatos, hosszú távú, strukturált segítői kapcsolat, amely során a szakember rendszeresen találkozik az ügyféllel, nyomon követi és támogatja az előrehaladását egy adott élethelyzetben. Az esetkísérés során az egyéni szükségletek figyelembe vétele mellett személyre szabott támogatás történik. Célja pedig az ügyfél aktív részvétele mellett a kitűzött célok megvalósulása, az önállóság növelése.

Fogamzásgátló spirál (más néven IUD, méhen belüli eszköz, hurok): Egy hosszú távú, hatékony, méhen belüli fogamzásgátló eszköz. Két fő típusa van, az egyik a hagyományos hormonmentes spirál, amelynél a műanyag vázra spirálisan fel van tekerve egy réz, ezüst vagy arany ötvözetű fémszál, a másik pedig a hormontartalmú spirál. A hormonokat kibocsájtó spirálok jelentősen csökkentik a menstruációs vérzés mennyiségét, és hosszát, míg a hormonmentesek növelhetik a vérzés mennyiségét és idejét is. Ajánlott fogamzásgátló eszköz humanitárius krízisben, ugyanis a felhelyezés után azonnali, folyamatos és hosszú távú védelmet nyújt a nem kívánt terhesség ellen, továbbá mert ideális esetben egyszeri orvoslátogatással és egyszeri költséggel jár.

Felülhitelesítés: Azokban az esetekben, amikor egy magyar hatóságok által kiállított okirat (pl. Magyarországon kiállított születési anyakönyvi kivonat) külföldi államban kerül felhasználásra, az okiratot felülhitelesítéssel kell ellátni, annak érdekében, hogy a külföldi szerv biztos legyen abban, hogy hiteles dokumentummal áll szemben. A felülhitelesítés során az eredeti okiratra rákerül a nemzetközi hitelesítési tanúsítvány (Apostille-tanúsítvány).

Gyógyszeres abortusz: A terhesség 12. hetéig biztonságosan elvégezhető beavatkozás, amely rendkívül hatékony a korai terhességek megszakításában. Két gyógyszer kombinációjának használata szükséges a terhesség biztonságos megszakításához. Mindkét tabletta szerepel az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Alapvető Gyógyszerek Listáján és egyre szélesebb körben elérhető és használható szerte a világban. A terhességmegszakításnak ez a módja Magyarországon illegális (PATENT, 2023).

Humanitárius krízis: Egy olyan súlyos válsághelyzet, amely jelentős emberi szenvedéssel, tömeges sérülésekkel, halálozásokkal és az alapvető szükségletek (élelem, víz, menedék, egészségügyi ellátás) hiányával jár. Az ügyfeleinket érintő humanitárius krízis hátterében az orosz-ukrán fegyveres konfliktusok állnak, melynek következtében közel 7 millió ember hagyta el Ukrajnát és keresett menedéket más országokban.[16]

Kísérő nélküli kiskorú: A menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény 2. § f) pontja szerint kísérő nélküli kiskorúnak minősül „az a tizennyolcadik életévét be nem töltött külföldi, aki jogszabály vagy szokás alapján felügyeletéért felelős nagykorú személy kísérete nélkül lépett Magyarország területére, vagy a belépést követően maradt felügyelet nélkül, mindaddig, amíg ilyen személy felügyelete alá nem kerül". A kísérő nélküli gyermekek rendkívül kiszolgáltatott csoportot alkotnak, és különböző kockázatokkal szembesülnek, így bűnözői hálózatok, erőszak, bántalmazás és kizsákmányolás áldozataivá válhatnak.[17]

Krízisválasz: Azokat az intézkedéseket és támogatásokat értjük alatta, amelyeket az Ukrajna ellen indított orosz inváziót követően, az országot elhagyó menekültek megsegítése érdekében tettek a segítségnyújtásba bekapcsolódó szervezetek.

Marginalizált csoport: A marginalizált jelzőt – a sérülékeny és kiszolgáltatott jelzőkkel együtt – azokra az emberekre és csoportokra használjuk, akik társadalmi, gazdasági szempontból háttérbe kerültek, perifériára szorultak és ezáltal kiszorulnak a társadalmi folyamatokból, és nehézségekkel küzdenek a társadalomba való beilleszkedésben.

Menedékes státusz (más néven ideiglenes védelem): Egy olyan státusz, amelyet az Európai Unió országai kínálnak azoknak a személyeknek, akik az ukrajnai háború elől menekülnek. Az ideiglenes védelem magában foglalja a menedékhez való hozzájutást, a szociális segélyt, az orvosi ellátást, a gyermekek oktatását és munkavállalási engedély nélküli munkavégzés lehetőségét.

Menekültek: Ebben a kiadványban azok a személyeket értjük alatta, akik 2022.02.24. napján, vagy azt követően, az orosz invázió hatására hagyták el Ukrajnát. Ide soroljuk az ukrán állampolgárokat, az ukrán–magyar kettős állampolgárokat és azokat a 3. országbeli személyeket, akik a háború kitörése előtt életvitelszerűen Ukrajnában tartózkodtak.

Menstruációs egészség: A menstruációs ciklushoz kapcsolódó teljes fizikai, mentális és szociális jóllét állapota. Ide értjük a hozzáférést a kapcsolódó információkhoz, a menstruációs eszközökhöz, az eszközök használatához szükséges megfelelő higiéniához és az egészségügyi ellátáshoz, továbbá a megbélyegzéstől és pszichés stressztől mentes környezetet (Erdey, Várnagy, 2022).

---

16 Az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának (UNHCR) 2024. júliusi adatai szerint a háború következtében mintegy 6,74 millió ukrán keresett menedéket külföldön, míg további 3,7 millióan az országon belül váltak belső menekültté.

17 AZ EURÓPAI PARLAMENT 2021. március 11-i (2021/C 474/16) ÁLLÁSFOGLALÁSA a gyermekek jogairól az EU gyermekjogi stratégiája tekintetében

Mentális és pszichoszociális támogatás: Olyan segítségnyújtási forma, amely egyszerre foglalkozik az egyén lelki és társas szükségleteivel. Célja, hogy javítsa az emberek mentális jóllétét, segítse őket a stresszkezelésben, és támogassa őket a társas kapcsolataikban és a mindennapi élet kihívásaiban. A támogatás megvalósulhat segítő beszélgetések során, tanácsadások keretében, de ide értjük az információadást és a továbbirányítást is. Krízishelyzetekben ez a fajta segítségnyújtás nélkülözhetetlen.

Műtéti abortusz: Olyan beavatakozás, amely mind a terhesség első trimeszterében, mind előrehaladottabb terhességek esetében biztonságosan elvégezhető, és amelyet nőgyógyászati vagy szülészeti osztállyal ellátott kórházban, erre kiképzett orvos hajthat végre. Leggyakrabban altatásban vagy pedig helyi érzéstelenítéssel végzik. A méh tágítása után egy szívó eszközzel (vákuum aspirátor) az orvos kiüríti a méh tartalmát. A beavatkozás nagyjából 15 percet vesz igénybe, utána a kórházban kell maradni megfigyelésre néhány órára (PATENT, 2023).

Női egészség: Átfogó fogalom, amely a női test speciális biológiai, hormonális és anatómiai sajátosságaival kapcsolatos egészségügyi kérdéseket foglalja magában. Főbb területei:

- Reproduktív és hormonális egészség (menstruációs ciklus, fogamzásgátlás és családtervezés, terhesség és szülés, meddőség, menopauza)
- Nőgyógyászati egészség (hüvelyi fertőzések, policisztás ovárium szindróma, endometriózis, méhnyakrák prevenció, petefészekciszták, miómák)
- Szexuális egészség (szexuális úton terjedő fertőzések, szexuális diszfunkciók, szexuális edukáció és prevenció)
- Mentális egészség (szorongás és depresszió – különösen hormonális változásokhoz kapcsolódóan, szülés utáni depresszió, testképzavarok, étkezési zavarok)
- Általános egészség és prevenció

Partnerszervezet: Mindazokat a szervezeteket értjük ide, akikkel a humanitárius programunkban együttműködtünk, közös esetkísérések, továbbirányítások, információ- és tapasztalat megosztások alkalmával. Ide soroljuk a hazai és külföldi civil szervezeteket, szociális és magánegészségügyi szolgáltatókat, nemzetközi segélyszervezeteket és egyházi szervezeteket.

Perinatális időszak: A szülés-születés időszakát jelenti, szűken véve a várandósságtól a szülést követő 6 hétig, tágabban értelmezve a gyermek utáni vágy megjelenésétől kezdve egészen a szülést követő 1 évig.

Sürgősségi fogamzásgátlás: A védekezés nélküli, vagy nem megfelelő védekezés melletti szexuális aktust követően, a terhesség megelőzése céljából alkalmazott fogamzásgátló módszer. Erre a célra az ún. esemény utáni fogamzásgátló tabletta használható. 2015-ben az Európai Unióban az EllaOne sürgősségi fogamzásgátló kikerült a receptköteles készítmények köréből, ennek ellenére Magyarországon ez a gyógyszer továbbra is vényköteles. Többféle sürgősségi fogamzásgátló tabletta van forgalomban, vannak 72 órán és 120 órán belül beszedhető készítmények is.

Szexuális és reproduktív egészség és jogok (SRHR): A testi, érzelmi, mentális és szociális jóllét állapota a szexualitás, illetve a reprodukciós rendszer, ennek funkcióinak és folyamatainak vonatkozásában. Az SRHR magában foglalja az átfogó egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, beleértve a fogamzásgátlást, a biztonságos abortuszt, a várandósgondozást, a szülészeti ellátást, a nemi úton terjedő fertőzések megelőzését és kezelését, továbbá a pontos tájékoztatáshoz, a szexuális felvilágosításhoz és a testi autonómiához való jogot, illetve a védelmet a nemi alapú erőszaktól, a káros gyakorlatoktól, valamint az egészségügyi intézményekben tapasztalható megkülönböztetéstől – e jogok alapját az egyenlőség és a méltóság emberi joga alkotja. A szexuális egészség feltételezi a pozitív és tiszteletteljes közeledést a nemiséghez és a nemi kapcsolatokhoz, valamint az élvezetes és biztonságos szexuális élmények lehetőségét, amelyek mentesek a kényszertől, a diszkriminációtól és az erőszaktól. A szexuális egészség eléréséhez és megtartásához minden egyén szexuális jogait tisztelni, védeni és biztosítani kell.[18] A reproduktív egészség magában foglalja azt, hogy az emberek kielégítő és biztonságos szexuális életet tudnak élni, valamint képesek a reprodukcióra, és rendelkeznek azzal a szabadsággal, hogy eldöntsék, kívánják-e azt, és ha igen, mikor és hányszor. Az utóbbi feltételben benne rejlenek a következők: a nők és a férfiak tájékoztatáshoz való joga; a biztonságos, hatékony, megfizethető és elfogadható családtervezési módszerekhez való hozzáférés, beleértve a jogszabályba nem ütköző termékenységszabályozási módszereket; valamint az olyan megfelelő egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés joga, amelyek lehetővé teszik a nők számára a biztonságos terhességet és szülést, és a legjobb esélyeket biztosítják a párok számára arra, hogy egészséges gyermekük legyen.[19]

Szülészeti erőszak: A nők ellen – a várandósságuk és szülésük idején – irányuló intézményi erőszak nemzetközileg is elfogadott elnevezése. Sokrétegű, összetett megsértése az emberi jogoknak, egyúttal egy közegészségügyi jelentőségű, rengeteg negatív egészségügyi következménnyel járó jelenség. A szülészeti erőszak sokféle formát ölthet, megjelenhet szóbeli, fizikai, pszichológiai vagy szexuális erőszakként, társadalmi megkülönböztetésként, megbélyegzésként és előítéletként, elhanyagolásként, magára hagyásként, a magánélethez, önrendelkezéshez való jog megsértéseként, az eljárások és technológiák nem megfelelő alkalmazásaként. A hátrányos helyzetű, alacsony jövedelmű, és a választott kísérőktől megfosztott nők az átlagnál is nagyobb arányban szenvednek el szülészeti erőszakot.

Terep: Azokat a helyszíneket értjük alatta, ahol közvetlen kapcsolatba kerültek az esetkezelést végző munkatársak a kliensekkel. Ide értjük a szálláshelyeket, az egészségügyi intézményeket és az adminisztratív ügyintézés helyszíneit is (a követséget, az idegenrendészet telephelyeit, a gyámhivatalt, az anyakönyvi hivatalt stb.), továbbá azokat a rendezvényeket is, ahol lehetőség nyílt a menekült nőkkel való találkozására.

18 A Nemek Közötti Egyenlőség Európai Intézetének (EIGE) szexuális egészség definíciója

19 A Nemek Közötti Egyenlőség Európai Intézetének (EIGE) reproduktív egészség definíciója

Terepmunkás: Azt a programban dolgozó, menekült nőket segítő szakembert (dúlát, szociális munkást, mentálhigiénés segítőt) értjük alatta, aki támogatta a nők szexuális és reproduktív egészségével és jogaival összefüggő szükségleteket, továbbá érzelmi és lelki támogatást nyújtott és adminisztratív területen is segítette az egyesülethez fordulókat.

Térítésmentes egészségügyi ellátás: Az orvosi ellátásra való jogosultság nem jár ingyen. Azok, akik a társadalombiztosítási (tb) hozzájárulást havonta megfizetik (munkáltatójukon keresztül, vagy saját járulékbefizetés útján), jogosulttá válnak az egészségügyi ellátás igénybevételére – külön díjfizetés nélkül. Az Ukrajnából menekült személyek is úgy válhatnak biztosítottá, ha munkát vállalnak, illetve amennyiben ukrán–magyar kettős állampolgárok és létesítenek állandó lakcímet Magyarországon, egy év elteltével elkezdhetik fizetni maguk után a járulékokat. Utóbbi módon csak kevesek és hosszú idő alatt válnak biztosítottá, a munkát nem vállaló menekült személyek (ez a legtöbb várandós és háztartásbeli nőt érinti) az egészségügyi ellátások egy szűkebb körét vehetik csak igénybe külön díjfizetés nélkül[20]: háziorvosi ellátást, illetve azokat a járó- és fekvőbeteg ellátásokat, amelyekre sürgős esetben van szükség. Minden további ellátásért fizetniük kell (pl. nőgyógyászati fertőzések kezelése, fogamzásgátlás). A várandósgondozás és szülészeti ellátás, valamint a terhességmegszakítás viszont az Ukrajnából menekültek esetében is beletartozik a térítésmentes ellátások körébe.

Területi illetékesség: Azt jelenti, hogy egy egészségügyi szolgáltató egy meghatározott ellátási (földrajzi) területen köteles egészségügyi ellátást nyújtani, továbbá hogy az adott ellátási területhez tartozók ellátását nem tagadhatja meg. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy például egy adott településen lakó várandós nőt a településhez tartozó rendelőintézet nőgyógyászatán kötelesek ellátni.

Törvényes képviselő: Olyan személy, aki a törvényi előírásoknak megfelelően képviseli egy másik személy érdekeit és jogait, felel azok védelméért és a döntések meghozataláért. A gyámügyi igazgatásban a törvényes képviselők közé tartoznak a szülők, valamint a gyámok és gondnokok, akik a kiskorú vagy cselekvőképtelen személyek érdekeit képviselik.

Ügyfél: Azt a nőt értjük alatta, akinek támogatást nyújtottunk humanitárius programunk keretében. Kezdetben ügyfeleink azok az orosz invázió elől menekülő nők voltak, akik gyermeket vártak, vagy 6 hónaposnál fiatalabb gyermeket (is) neveltek. A szolgáltatások bővülésével az ügyfélkört kiterjesztettük azokra a reproduktív korban lévő, Ukrajnából menekült nőkre is, akik fogamzásgátlásban vagy terhességmegszakításban kértek segítséget.

Védőnő: Többféle védőnőt különböztethetünk meg (vannak óvodai és iskolai védőnők, illetve kórházak szülészeti osztályán dolgozó védőnők is), a kézikönyvben a várandósgondozásban, illetve a családvédelmi szolgálatokban[21] dolgozó védőnők kerülnek említ-

20 Az emberi erőforrások minisztere 9/2022. (III.11.) számú egyedi utasítása az Ukrajnából érkező személyek egészségügyi ellátásáról

21 Lásd a Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ) szómagyarázatnál

tésre. Itt most a várandósgondozásban betöltött szerepükre fókuszálunk. A védőnő területi illetékesség szerint látja el a várandósok gondozását együttműködésben a háziorvossal, szülész-nőgyógyász szakorvossal, szülésznővel.[22] Az első találkozás alkalmával kiállítja a várandós nő *Várandósgondozási kiskönyv*ét, amiben a későbbiekben az egyes vizsgálatok és leletek kerülnek regisztrálásra. Majd jellemzően 4-6 hetente várja a rendelésére a várandós nőt, ahol egyrészt általános tanácsadást nyújt a várandóssággal kapcsolatban, másrészt olyan alap egészségügyi vizsgálatokat végez, mint a vérnyomás- és testsúlymérés, vizeletvizsgálat, magzatiszívhang-hallgatás. Részét képezi a védőnői munkának a mentális és érzelmi támogatás is. Miután a védőnők az egészségügy oldaláról a gyermekvédelmi jelzőrendszer részei, fontos feladatuk a gyermeket veszélyeztető körülmények kiszűrése. Ezért ha a védőnő nem találja megfelelőnek egy adott család lakhatási és életkörülményeit, a szakvéleményére támaszkodva meghiúsulhat egy újszülött hazaadása a kórházból.

22 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

5.2. JOGSZABÁLYOK ÉS RENDELETEK

Szülészeti és nőgyógyászati ellátással kapcsolatos jogszabályok

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 1992. évi LXXIX.-es magzati élet védelméről szóló törvény
- 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról

Egyéb hasznos segédanyagok a szülészeti és nőgyógyászati ellátáshoz kapcsolódóan

- Tájékoztató Ukrajnából menekült várandós nők egészségügyi ellátásáról – EMMA Egyesület (2024)
- Védőnő kereső – ÁNTSZ
- Tájékoztató Ukrajnából menekült nők számára a biztonságos terhességmegszakítás menetéről – EMMA Egyesület (2024)
- Tudnivalók terhességmegszakításról – Társaság a Szabadságjogokért (2021)
- A Családvédelmi Szolgálatok működése – Nemzeti Népegészségügyi Központ

Menedékes státuszhoz kapcsolódó jogosultságok

- A menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény
- A Tanács 2001/55/EK irányelve
- Tájékoztató az Ukrajnából menekülők jogi helyzetéről - Magyar Helsinki Bizottság (2024)
- Az Emberi Erőforrások Minisztere 9/2022 (III.11.) számú egyedi utasítása az Ukrajnából érkező személyek egészségügyi ellátásáról
- Mintalevél az Ukrajnából menekülők térítésmentes, illetve támogatott egészségügyi ellátásának előmozdítása érdekében – Magyar Helsinki Bizottság (2025)
- Tájékoztató az Ukrajnából érkező családok támogatásához - a család- és gyermekjóléti szolgáltatók számára – Emberi Erőforrások Minisztériuma (2022)

Újszülött gyermekek anyakönyvezése és állampolgársági elismerése

- Tájékoztató Ukrajnából menekült és Magyarországon szült anya újszülött gyermekének anyakönyvezéséről és ukrán állampogárságának bejegyeztetéséről – EMMA Egyesület (2024)
- Magyar közokiratok felülhitelesítése külföldi felhasználás céljából – Konzuli Szolgálat, Külgazdasági és Külügyminisztérium

Gyermekjogok

- Az Európai Parlament 2021. március 11-i (2021/C 474/16) állásfoglalása a gyermekek jogairól az EU gyermekjogi stratégiája tekintetében

5.3. FEMINISTA SZEMLÉLETŰ ÉS ÜGYFÉLKÖZPONTÚ SZOCIÁLIS MUNKA

Az alábbi, kivonatolt fejezet egy olyan szociális munkás szemszögéből íródott, aki terepmunkásként közvetlenül részt vett az EMMA Egyesület humanitárius programjában, és első kézből tapasztalta meg mind a szükségletek sürgősségét, mind a szociális munka kulcsfontosságú szerepét azok kezelésében. Péter Anna Nada írása arra hívja fel a figyelmet, hogy a szociális munka feminista és ügyfélközpontú újragondolása szükséges ahhoz, hogy a hierarchikus viszonyokra, az elnyomásra és hatalmi egyenlőtlenségekre reflektálva (tehát azokat folyamatosan és tudatosan észben tartva, és hatásaik tompítására törekvő módon) hatékonyan tudja előmozdítani a szolidaritást és igazságosságot a humanitárius válságkezelés során is.

PÉTER ANNA NADA

HUMANITÁRIUS PROGRAMBAN VÉGZETT SZOCIÁLIS MUNKA REPRODUKCIÓS JOGOK MENTÉN

(Kivonat)

Az EMMA Egyesület megannyi nő tapasztalata, s kutatásai által megalapozott tudással rendelkezik a hazai szülészeti ellátásban rendszerszinten megjelenő szexista, erőszakos, rasszista, paternalista, bürokratikus, intézményközpontú gyakorlatairól (EMMA Közhasznú Egyesület 2014 et. al.). (...) A Humanitárius Programban kritikai szemléletű, nőközpontú szociális munkát végeztünk a szexuális és reprodukciós egészségre fókuszáltan. Magyarországon a szociális munkában megjelenő kritikai megközelítések marginális helyet foglalnak el, leginkább a civil szervezetek mutatnak rendszerkritikus, mikroszinten megjelenő jó gyakorlatokat. A kritikai gyakorlatok széleskörű elterjedésének egyik legfőbb akadálya, hogy a foglalkoztatott szociális munkások többsége olyan intézmények alkalmazottai, amelyek függő viszonyban állnak a regnáló politikai-gazdasági hatalommal, így abban az esetben sem kérdőjelezik meg azok döntésének érvényességét, amennyiben azok a sérülékeny társadalmi csoportok érdekeivel szemben állnak (Temesváry, 2020 idézi: Ferguson 2009, Payne 2014: 82). (...)

Véleményünk szerint a mélyszegénységben élő kárpátaljai roma nők halmozottan megjelenő szenvedései rendszerszintű elnyomó gyakorlatok következményei, így a terepen végzett szociális munka a rendszer diszkriminatív működésének ellensúlyozására is irányult. (...) Nem fogadjuk el azt az általános

nézőpontot, melyet az egészségügyi, szociális intézményrendszer és regnáló hatalom egyéb intézményei közvetítenek, miszerint az egyéni szenvedések jellemzően individuális okokra vezethetőek vissza és ily módon az egyén megváltoztatására fókuszáló intervenciók a hatékonyak. (...)

Az alacsony hatékonysággal működő szociális és egészségügyi ellátórendszer újratermeli és konzerválja a társadalmi egyenlőtlenségeket. A rendszerkritikus megközelítéssel összhangban a tevékenységünk során éltünk az érdekképviselet és az érdekérvényesítés eszközeivel, az egyenlő bánásmód elérése érdekében. A terepen végzett munkánk során rendszeresen szembesültünk azzal a problémával, hogy az egészségügyi dolgozók és a szociális-hivatali ügyintézők nincsenek informálva a menekültek – ellátáshoz kapcsolódó – jogosultságairól és a hozzáféréshez szükséges folyamatokról. A menekültválságra kidolgozott védelmi ellátás számtalan hiányzó komponenst tartalmazott, például, hogy a menedékes státuszú gyermekek nem fértek hozzá az összes gyermekjóléti és védelmi ellátáshoz.

A kritikai feminista szociális munka (...) alapelvei és gyakorlatai specifikusan reflektálnak a nemi alapú szenvedések rendszerszintű megjelenésére. Továbbá szembehelyezkednek azokkal a megközelítésekkel és technikákkal, amiket a gyakorlatok szabványosítása és univerzalizmusa jellemez, illetve amelyeket leginkább a patriarchátus és a kapitalista logika mentén szerveződő szakmai struktúrák tipizálnak. (...) A kritikai feminista nézőpont szerint a nők és más marginalizált csoport tagjai – nem pedig a szakemberek – a saját életük valódi szakértői. Tehát a szolgáltatás igénylőjét tekintjük a tudás forrásának. A gyakorlati munkánkat meghatározó alapelvünk, hogy a figyelem középpontjába a kliens elbeszélése és jelentésadása kerül, amely megkérdőjelezi a tekintélyelvű szakmaiságot azáltal, hogy a segítés célját és kereteit a szociális munkás és a szolgáltatást igénylő együtt dolgozza ki (...).

A szolgáltatást igénybevevőkre nem tekintettünk rászoruló, veszélyes vagy alsóbbrendű emberként. A partnerség, kölcsönösség elvének alkalmazása mentén végeztük munkánkat és nem vettük át az életük feletti irányítást. Úgy gondoljuk, a terepen dolgozónak együttműködő kapcsolatokat kell működtetnie, melyben világossá kell tenni a hatalom, az autoritás és a forrásokhoz való hozzáférés tényleges egyenlőtlenségét, amely a különböző résztvevők között észlelhető (Tew, 2006: 151). A szociális munkás és a szolgáltatás igénybevevője között szükséges ezek egyensúlytalanságáról kommunikálni. Ennek értelmében a partneri, kölcsönös kapcsolat lényegi aspektusát felhasználva voltunk jelen a terepen. A kárpátaljai nők tapasztalatai – a velük való horizontális kapcsolódásnak köszönhetően – egyszerre gazdagították és alakították szakmai és személyes énünket, illetve szervezetünk alapelveit és gyakorlatait. (...)

Az egyéni esetkezelés során – a program és a hazai ellátási hálózatok korlátai mentén – arra törekedtünk, hogy a szolgáltatást igénybe vevő határozza meg szexuális és reprodukciós egészségéhez és az azokhoz köthető hivatali ügyintézésekhez (pl.: anyakönyvezés) kapcsolódó szükségleteit és jelölje ki céljait. A lehetőségeinkhez mérten azon dolgoztunk a képéssé tevés és a megerősítés technikáival, hogy a nyilvános és az intim szférában minél szélesebb körben gyakorolják a szexuális és reprodukciós egészségükre és gyermekük egészségére, illetve jóllétére vonatkozó önrendelkezést, tudatosságot és kontrollt. (...)

Az egyesületünk megalakulása óta elkötelezett a társadalmi alávetettség és diszkriminált társadalmi csoportok problémáinak rendszerszintű szemlélete és szenvedésük csökkentése mellett. A kárpátaljai roma nők etnikai hovatartozásuk és származásuk alapján a mindennapi életükben konkrét társadalmi gyakorlatokban, működésmódban, struktúrákban tapasztalják meg a rasszista, rasszizált[23] előítéletet, a diszkriminációt és az erőszakot. Az intézményekben megjelenő, a menekültek ellátására vonatkozó, zűrzavaros jogértelmezések mellett a kárpátaljai roma nők rendszeresen szembesülnek az egészségügyi, szociális ellátórendszer és más társadalmi intézmények rasszizált gyakorlataival, ide értve az ellátásuk hátráltatását vagy megtagadását, azok alacsony színvonalon való biztosítását, vagy más esetben a hozzáférés ellehetetlenítését. Több esetben előfordult, hogy korlátozták önrendelkezésüket, rendszeresen megsértették emberi méltóságukat és az ellátásuk folyamán nem szolgáltattak megfelelő és számukra érthető információt saját és gyermekük egészségével kapcsolatban. A hazai szociális és egészségügyi rendszer személyzete sok esetben vak a mélyszegénységben élő magyar romák és ugyanúgy a menekült kárpátaljai romák rendszerszinten megjelenő problémáira és rasszista hiedelmekkel és előítéletekkel magyaráznak társadalmi, gazdasági, politikai jelenségeket.[24] A terepen, stigmatizált és diszkriminatív társadalmi csoportokkal végzett szociális munka során törekedtünk a társadalmi igazságtalanságokra történő reflexióra (pl.: érdekérvényesítés, társadalmi érzékenyítés) és a rendszerszintű elnyomó gyakorlatokból megjelenő szenvedések csökkentésére (pl.: materiális szükségletek kielégítése). (...)

23 A rasszizálás és a rasszista elnyomás olyan következetes és strukturális mechanizmusok, amelyek eredményeképp az adott csoport – jelen esetben a romák – fenotipikus, kulturális és társadalmi jegyeik alapján egy elképzelt hierarchikus osztályozási rendszerbe helyeződnek, tehát alsóbbrendűként kategorizálódnak (Kóczé Angéla, 2021).

24 Ilyen például, hogy a roma nő elidegeníthetetlen vágya, hogy sok gyermeket hozzon a világra. Szemben a valósággal, mely szerint a mélyszegénységben elő nők számára gyakorlatilag elérhetetlen a forgalmazásban lévő fogamzásgátló eszközök valamennyi része.

5.4. ESETNAPLÓ SABLON

ADATOK

Azonosító:	Tartózkodási hely:	Életkor:	Állampolgárság:
Menedékes kártya (van/nincs)	Honnan szereztünk róla tudomást:	Fogyatékosság (van/nincs):	Várandós / abortusz / fogamzásgátlás:
Szülés/abortusz/spirál felhelyezés napja:	Fogamzásgátlás típusa:	Rákszűrés dátuma, eredménye:	Nőgyógyász neve, elérhetősége:
Védőnő neve, elérhetősége:	Melyik kórház illetékes:		

KONTAKTUSOK

DÁTUM	
LEJEGYEZTE	
KONTAKT	
PARTNERSZERVEZET (ha ő a kontakt)	
KAPCSOLATFELVÉTEL MÓDJA	
PSZICHOSZOCIÁLIS TÁMOGATÁS (volt/nem volt)	
PSZICHOSZOCIÁLIS TÁMOGATÁS TÉMÁJA	
KONTAKT	
SRH SZOLGÁLTATÁS (volt/nem volt)	
SRH SZEMÉLYES KÍSÉRÉS (volt/nem volt)	
KÍSÉRÉS ESETÉN A TÁMOGATÁS TÍPUSA	
ADMIN. TÁMOGATÁS (volt/nem volt)	
ADMIN. TÁMOGATÁS TERÜLETE	
INFORMÁCIÓK (részletes naplózás)	
TOVÁBBIRÁNYÍTÁS SRH ügyben (volt/nem volt)	
TOVÁBBIRÁNYÍTÁS EGYÉB ügyben (volt/nem volt)	
ADOMÁNYOZÁS (volt/nem volt)	
ADOMÁNY TÍPUSA	
KIOSZTOTT ADOMÁNYOK SZÁMA	
KÖLTSÉG (HUF)	
SZÁMLA SZÁMA	
ÜGYINTÉZÉSSEL TÖLTÖTT IDŐ (perc)	

5.5. EMMA EGYESÜLET ETIKAI KÓDEX

Az Etikai kódex célja, hogy az EMMA Közhasznú Egyesület (továbbiakban: Egyesület) tagjai, munkatársai és önkéntesei (továbbiakban: Munkatárs) számára irányelvekkel szolgáljon munkájuk során. Az irányelvek útmutatást nyújtanak azokban az esetekben is, amikor szakmai, etikai kérdést felvető dilemmával találkoznak és ott, ahol a törvények nem kötnek.

Az Etikai kódex az Egyesület Munkatársai és az Egyesülettel kapcsolatba lépő kliensek (továbbiakban: Kliens) közötti viselkedésre és kommunikációra egyaránt vonatkozik. A közvetlen segítő munkát nem végző munkatársak számára az egyetemes etika értékeihez, a segítők, tanácsadók, csoportvezetők szakmai munkájában ezen felül a segítő hivatás szakmai értékeihez kapcsolódó irányelveket is tartalmazza. Az Etikai kódexben foglaltak nem helyettesítik a munkánk szakmai működési feltételeit.

Az Egyesület minden képviselőjének tisztában kell lennie az Egyesület alapelveivel és az Egyesülettel kapcsolatba kerülő felnőttek és gyermekek biztonságáért vállalt felelősségével, valamint alá kell írnia és be kell tartania az Egyesület Etikai kódexét, Védelmi Szabályzatát és Protokollját, valamint egy Adatvédelmi dokumentumot.

A személyzet minden tagja felelős a kódex végrehajtásának ösztönzéséért és előmozdításáért.

Küldetésnyilatkozat

Az EMMA Egyesület egy országos női szervezet, amely a nők alapvető jogaiért és társadalmi egyenlőségéért dolgozik, különös figyelmet fordítva a nemi alapú elnyomásra, a nők elleni erőszakra a gyermekvállalás és gyermeknevelés időszakában, valamint a szexuális és reproduktív egészségre és jogokra (SRHR), egyéni, közösségi és társadalmi szinten, különös tekintettel a nők kiszolgáltatott csoportjaira.

Hisszük, hogy a szülés lehetőség az egyén és a társadalom fejlődésére. Az Egyesület küldetése az, hogy a nőket ennek a lehetőségnek a felismerésében és megélésében támogassa, a nők tapasztalatát előtérbe helyezve a társadalmat a nemtől, illetve osztály- és társadalmi helyzettől független egyenlő bánásmód és szabad választás biztosítására ösztönözze. Emellett meggyőződésünk, hogy a szexuális és reproduktív jogok szabad gyakorlása minden embert megillet, így azért is dolgozunk, hogy minden nő hozzáférjen biztonságos és méltó nőgyógyászati ellátáshoz, fogamzásgátláshoz, várandósgondozáshoz és abortuszhoz.

Minden munkatársunk, önkéntesünk, aki az Egyesületnél valamilyen tevékenységet végez, munkájával ezt a célt szolgálja.

Alapértékeink

HITELESSÉG: Az érzések és gondolatok olyan megnyilvánulása, amely összhangban van a belső megéléssel, és figyelembe veszi a külvilágot.

SZABADSÁG: Félelemtől és kényszertől mentes létezés és működés.

ELFOGADÁS: Az egyéni, családi, csoportos és közösségi különbségek figyelembevétele, ítéletmentes elismerése és tiszteletben tartása.

ÖRÖMTELISÉG: Érzelmi többletet adó energiaforrás.

Alapértékeink megélésén keresztül támogatjuk és erősítjük egymást és nőtársainkat. Így járulunk hozzá, hogy a női testvériség és sorsközösség-vállalás (sisterhood), a nők egymás közti szolidaritása (vertikálisan és horizontálisan is) a társadalom fejlődéséhez erőforrássá váljon.

Általános alapelvek

1. **A személy önrendelkezésének tiszteletben tartása a SZABADSÁG értékének megnyilvánulásaként**

   A Munkatársak tiszteletben tartják minden ember értékét, akaratát, méltóságát, egyediségét és jogait. Az Egyesület a hatalommal való visszaélés semmilyen formáját nem tolerálja, sem a szervezeten belül, sem a szervezet Munkatársai és a Kliensek vagy Partnerek között.

   Az Egyesület Munkatársai nem élhetnek vissza formális vagy informális pozíciójukkal, nem használhatják ki önös célokra az Egyesületben betöltött pozíciójukat sem kollégáikkal, sem a Kliensekkel, Partnerekkel szemben. Munkánk során mindig a partneri viszony és a biztonságos környezet megteremtésére törekszünk. Így munkánk során nem támasztunk a Munkatársak felé irreális vagy a munka elvégzéséhez valójában nem szükséges elvárásokat, nem teszünk túlzott vagy jogtalan követeléseket, nem teremtünk megfélemlítő munkakörnyezetet, és nem tűrjük a megalázást és az erőszakos kommunikációt.

   Az Egyesület támogatja Munkatársainak egészségének és biztonságának megőrzését. Munkánkban kiemelt szerepe van munkatársaink testi-lelki egészségének, ezért a felelősségi körök és feladatok meghatározásánál figyelembe vesszük az egyéni élethelyzeteket (különös tekintettel a gyermekvállalással és gyermeknevelléssel kapcsolatos körülményekre), erőforrásaink mértéke szerint rendszeres szupervíziót teszünk lehetővé.

2. Igazságosság, mindenfajta megkülönböztetéstől és politikától mentes ELFOGADÁS

Az Egyesület küldetése, hogy minden nő szabadon gyakorolhassa szexuális és reproduktív jogait, így a diszkriminációmentességet és az egyenlőséget központi értékeinknek tartjuk. A Munkatársak egyetlen személyt vagy csoportot sem diszkriminálhatnak, nemtől, szexuális irányultságtól, nemi identitástól, kortól, társadalmi státusztól, etnikai hovatartozástól, vallási és világnézeti meggyőződéstől, fogyatékosságtól és egészségi állapottól függetlenül, mindennemű hátrányos megkülönböztetés kizárásával tevékenykednek.

Az Egyesület elkötelezettje a nőközpontú, anya- és gyerekbarát, szoptatásbarát munkahely megteremtésének és fenntartásának. A Munkatársak foglalkoztatásánál és munkakörülményeinek biztosításánál irányelvünk, hogy az anyaság és a munka összeegyeztethető legyen munkavállalóink számára. Minden esetben lehetőséget nyújtunk arra, hogy a gyermek az anyjával maradhasson, ha az anyának igénye van rá, illetve szükség esetén erőforrásainknak megfelelően gyermekfelügyeletet biztosítunk.

Az Egyesület emellett szem előtt tartja a vidéki Munkatársak igényeit is. A különböző programok, események (képzések, elvonulások, megbeszélések) helyszínét úgy választja ki, hogy az a fővárosi és a kelet-magyarországi kollégák számára egyaránt megfeleljen, illetve szükség esetén online bekapcsolódási lehetőséget biztosít.

3. Saját testi-lelki egészség és személyiség gondozása, amely képessé tesz bennünket az ÖRÖMTELISÉG megélésére munkánk során

Az Egyesület minden Munkatársa tevékenysége során gondot fordít arra, hogy saját fizikai és mentális egészsége ne gátolja abban, hogy másokon segíteni tudjon, vagy hogy munkáját elvégezhesse. Az Egyesület lehetősége szerint szupervíziós lehetőséget kínál, encounter csoport indítását kezdeményezi, és fokozottan ügyel a kiégést megelőző tünetekre. A szociális/segítő munkát végző Munkatársak rendszeres esetmegbeszéléseket tartanak, ahol érzelmi és szakmai támogatást kapnak, illetve lehetőségük van, hogy jelezzék feletteseiknek a munkával kapcsolatos igényeiket. Az Egyesület emellett erőforrásai függvényében rekreációs programokat, szervezetfejlesztést és szakmai képzéseket biztosít, hogy elősegítse a munka gördülékenységét.

4. Szakmai elvek és értékek, melyek a HITELESSÉG megőrzését támogatják munkánk során

Társadalmi reflexió

A sérülékeny csoportokkal való munkánk során különös hangsúlyt fektetünk a partneri viszony kialakítására, mindent megteszünk azért, hogy egyenlő alapokon fekvő kapcsolatot tudjunk létrehozni Klienseinkkel. Munkánk során a kritikai, elnyomásellenes szociális munka alapelvei mentén dolgozunk, a fennálló társadalmi hierarchiák figyelembevételével.

Kompetenciahatárok betartása

Az Egyesületben segítő, tanácsadó tevékenységet végző szakemberek és önkéntesek felelősséget vállalnak szakmai munkájukért. Tisztában vannak azzal, hogy tevékenységük kihat a Kliensek életére, ezért munkájukat legjobb tudásuk szerint végzik.

Tudatában vannak a szaktudásuk által nyújtott lehetőségeknek és korlátoknak. Csak olyan feladatok teljesítésére vállalkoznak, amelyek kompetenciájuk határain belül vannak, és amelyeket tanulmányaikra, szakmai tapasztalataikra alapozhatnak. Ellenkező esetben szupervíziót kérnek, vagy a megbízásukat másnak adják át. Szakmai megfontolás alapján és/vagy összeférhetetlenség, érdekkonfliktus esetén megszakíthatják a segítő kapcsolatot, ha gondoskodnak a Kliens további szakmai segítéséről.

Adott esetben szakmai konzultációt vesznek igénybe, illetve megfelelő szakemberhez irányítják Kliensüket.

Ne árts, vagyis a jótékonyság elve

Segítő munkatársaink legfőbb törekvése a másokon való segíteni akarás és az ártalmak elkerülése. Munkájuk során Klienseik érdekeit mindig szem előtt tartják.

A Kliens dönt

A Kliens és a segítő együttműködése a bizalmon, az őszinteségen és a Kliens autonómiájának tiszteletben tartásán alapul. A segítő kapcsolat során törekedni kell a Klienssel való egyenrangú, partneri kapcsolat kialakítására. A tanácsadás, segítő beszélgetés során akár a folyamatra vonatkozóan, akár az élethelyzet, vagy a nehézség megoldási lehetőségeire felkínált módok közül minden esetben a Kliens maga választ, önállóan dönt. A segítő a Klienst döntései meghozatalában információval segíti, a döntésben azonban semmilyen módon nem befolyásolja.

Személyre szabottság

A tanácsadó vagy segítő olyan szakmai ellátást nyújt, amely megfelel az egyén speciális szükségleteinek és értékeinek. Objektív, a saját véleményét nem tükröző, az egyes lehetőségeket részletesen ismertető, azok lehetséges kimenetelét, következményét, előnyeit és hátrányait is leíró információt ad. A nyújtott információnak mindenkor figyelembe kell vennie a kliens személyes lehetőségeit, élethelyzetét, azaz személyre szabottnak kell lennie. Ennek feltérképezése alapos kikérdezéssel történik. Megfelelő információt kell nyújtani tehát ahhoz, hogy a Kliens képes legyen saját, ún. informált döntését meghozni.

A tanácsadó/segítő tevékenysége tudományos alapelveken, aktuális kutatási eredményeken és információkon alapul.

A tempót a Kliens diktálja, határait és döntését tiszteletben kell tartani, de törvénnyel ütköző döntésben nem tudunk támogatást nyújtani.

Kísérés felajánlása

Mindig kell lehetőséget adni arra, hogy a Kliens újra kapcsolatba lépjen a szakemberrel vagy önkéntessel. A megkeresésekre a segítő munkaideje függvényében a lehető leghamarabb – munkanapokon maximum 24 órán belül – válaszol, ha valamilyen okból, például szabadság miatt nem elérhető, azt előre jelzi a Kliens számára, illetve azt is, hogy kihez fordulhat ebben az időszakban segítségért.

Képessé tétel

Munkánk hosszú távú célja a támogatottjaink megerősítése és képessé tétele, így törekszünk arra, hogy a Klienseinket megerősítsük saját tudásukban, cselekvőképességükben, ágenciájukban. Azért dolgozunk, hogy támogatottjaink az Egyesülettel való együttműködés során új információkkal és tapasztalatokkal gazdagodjanak, melyeket a közös munka lezárulta után is hasznosítani tudnak.

Szakmai csoport kialakítása, csapat munka

A segítő tevékenységet folytató Munkatársak tudásukat, gyakorlati tapasztalataikat, szakmai információikat és etikai dilemmáikat megosztják, és közösen megvitatják. Feladataik lehető legjobb megoldása érdekében a saját és a rokon szakterületek szakembereivel való együttműködésre törekszenek. Együttműködést kezdeményeznek olyan esetekben, amelyekben saját tudományos vagy szakmai illetékességének korlátozottságát felismerik.

Más szakemberekkel vagy munkatársaikkal történő együttműködésük során tiszteletben tartják azok kompetenciáit, a sajátjuktól eltérő véleményét és munkamódszerét. Kritikának kizárólag építő módon és céllal, az erősségek elismerése mellett, az érintett bevonásával adnak hangot.

Önképzés

A segítő munkatársak szükség szerint igénybe veszik speciális ismeretekkel rendelkező szakemberek, szakértők vagy tanácsadók szolgáltatásait, ha a felmerülő feladat a kompetenciahatárokon túl van. Ezzel együtt elvárt, hogy folytassák szakmai és etikai fejlődésüket az adott szakterületeken. Szakmai és oktatási tevékenységük során mindenkor arra törekednek, hogy a legkorszerűbb szakmai eljárásokat alkalmazzák. A tudomány fejlődése által nyújtott lehetőségek maximális érvényesítése érdekében lépést tartanak szakmájuk eredményeivel. Az Egyesület forrásai függvényében képzéseket szervez munkatársai számára, ha egy munkacsoport jelzi erre irányuló igényét.

Minőségbiztosítás

A minőségbiztosítás kidolgozását az Egyesület hosszú távon kidolgozandó feladatának tekinti.

Titoktartás

Minden tevékenységet a lehető legnagyobb diszkréció mellett végzünk, ami rendezvényeinken és a nyilvános kommunikáció minden formájában is irányelv.

A személyes adat védelme Kliens, Munkatárs és adományozók, illetve támogatók (továbbiakban: Támogatók) esetében is az Európai Unió mindenkor érvényes Általános Adatvédelmi Elveinek mentén, az Egyesület Adatvédelmi Nyilatkozatának megfelelően történik. Az Egyesületi Munkatársak és Támogatók személyazonosságát kizárólag beleegyezésükkel hozzuk nyilvánosságra, az általuk elfogadott módon.

Az Egyesületben tevékenységet ellátó Munkatársak teljes titoktartást vállalnak. A titoktartás az Egyesület – Kliens, Egyesület – Munkatárs, Munkatárs – Kliens és Munkatárs – Munkatárs viszonylatban is érvényes.

Az egyéni tanácsadást végző, önismereti csoportot vezető és a képzésben résztvevő szakértők a Kliens irányában titoktartásra kötelesek. Ez alól csak a publikálásra, kutatásban való részvételre, illetve szupervízió, esetmegbeszélés, illetve oktatás céljára a Kliens által külön hozzájárulási nyilatkozatban foglalt esetek jelentenek kivételt.

Nyilvános szereplés, publikálás

Az Egyesületben végzett tevékenységgel kapcsolatban a médiában, konferenciákon, tudományos cikkekben való megjelenés, publikálás kizárólag az Egyesület alapértékeit és az Etikai kódexet figyelembe véve, az Egyesület megnevezése mellett, az Egyesület Vezetőségével, a kommunikációs munkatársakkal és az illetékes projektvezetővel előre egyeztetve történhet.

Munkatársaink vállalják, hogy az Egyesülettől független tevékenységükkel kapcsolatos nyilvános szerepléseikben is követik az Egyesület alapértékeit, Védelmi Szabályzatát és Etikai kódexét.

Etikai kérdések és konfliktusok kezelésének irányelvei

Visszaélések kezelése – Zéró tolerancia

A Munkatársak kapcsolatában alapvető érték az együttműködés, a bizalom, a tisztelet. Az Egyesület tagjai, önkéntesei és munkatársai aktívan és kifejezetten, minden szinten képviselik az emberi szabadság, méltóság és erőszakmentes élethez való alapvető jogokat, értékeket. Alapértékeink alapján a diszkriminációval, zaklatással, hatalommal való visszaéléssel, szexuális visszaéléssel, érzelmi vagy fizikai erőszakkal és gyermekbántalmazással szemben a zéró tolerancia elvét képviseljük. Ezen vétségekkel kapcsolatos álláspontunk és eljárásrendünk részletesen szerepel Védelmi Szabályzatunkban és Protokollunkban.

Összeférhetetlenség

A Munkatársak nem használják az Egyesületben betöltött pozíciójukat és a munkavégzés során szerzett információkat arra, hogy személyes előnyökre vagy juttatásokra tegyenek szert.

A Munkatársak munkavégzésük során a szervezeti érdekeket és a program céljait a személyes érdekeik elé helyezik.

Konfliktusmegelőzés

Az Egyesület működése és döntéshozatala konszenzusra épül. Mély meggyőződésünk, hogy a konszenzuskeresés fáradságos munkájának gyümölcseként az érdekkonfliktusok jelentős része megelőzhető.

Konfliktuskezelés

Az Egyesület a konfliktusokat alapvetően fejlődési lehetőségnek tekinti. Ennek megfelelően a konfliktusok kezelése során alapvető célunk nem a megszégyenítés és a büntetés, hanem az érintettek közötti egyensúly helyreállítása.

Konfliktushelyzetben az Egyesület Alapszabálya, Küldetésnyilatkozata, Etikai kódexe, Védelmi Szabályzata és az azzal kapcsolatos eljárásokat magában foglaló Védelmi Protokollja, valamint a Közgyűlés által elfogadott mindenkori Stratégiai terv az irányadó. A konfliktusok rendezésében a mediáció alapelveit követjük.

Amennyiben az Egyesület bármely Munkatársa az Egyesület hatékony működését tudatosan, indokolatlanul és aránytalanul akadályozza, illetve aki az Egyesület érdekeit szándékosan figyelmen kívül hagyja vagy ellene irányulóan lép fel, viselkedése etikai vétségnek minősül, és etikai eljárást von maga után.

5.5. EMMA EGYESÜLET VÉDELMI SZABÁLYZAT

a szexuális zaklatással, kizsákmányolással és visszaéléssel, valamint gyermekbántalmazással kapcsolatos kötelességszegésről

Háttér

Mi az EMMA Egyesületnél elismerjük, hogy minden ember szabadnak és egyenlőnek születik. Figyelemmel vagyunk az általunk támogatott közösségek erkölcsi és személyes értékeire, vallására, szokásaira, hagyományaira és kultúrájára. Nem sértjük meg az emberi jogokat, őszinték és tisztességesek vagyunk mindenkivel: azokkal, akiknek igyekszünk támogatást, segítséget nyújtani, valamint adományozóinkkal, munkatársainkkal, tagságunkkal és partnereinkkel, a kormányzati intézményekkel és a nyilvánossággal.

Elutasítjuk az emberi méltóság megsértésének minden formáját, a diszkriminációt, a munkahelyi zaklatást vagy a hatalommal való visszaélést a munkahelyi környezetben. Célunk, hogy az emberi méltóság kölcsönös tiszteletén alapuló, hatalommal való visszaéléstől és zaklatástól mentes, biztonságos munkakörnyezetet biztosítsunk a munkavállalóknak és szerződéses partnereinknek. Ennek megerősítését szolgálja jelen Védelmi Szabályzat, amely többek között rögzíti, hogy a panaszt vagy bejelentést tevők számára elérhetőek legyenek segítségkérésre és -fogadásra alkalmas fórumok/csatornák. Az Etikai Kódex tiszteletben tartja az ártatlanság vélelmének elvét, és szabályai a tisztességes eljáráshoz való alkotmányos alapjogon alapulnak.

A Védelmi Irányelv (Safeguarding) az emberek egészségének, jóllétének és emberi jogainak előmozdítását és védelmét, valamint a kizsákmányolás és a visszaélések megelőzését foglalja magába. Ez a megközelítés azt jelenti, hogy az EMMA Egyesület minden tevékenysége során azonosítjuk és minimalizáljuk a gyermekeket és a kiszolgáltatott felnőtteket érő, a személyzet, a képviselők és a partnerek által okozott károk kockázatát, valamint kiterjed a megfelelő reagálásra a gyermekek és a kiszolgáltatott személyek védelmével kapcsolatos aggodalmakra azokban a közösségekben, ahol dolgozunk. Ez tartalmazza a biztonsággal és jólléttel foglalkozó irányelvek, eljárások és tevékenységek széles körét.

A cél

A jelen Szabályzat célja, hogy megvédje az egyes személyeket, különösen a gyermekeket, a kiszolgáltatott felnőtteket és a támogatásban részesülőket az Emma Egyesülettel való kapcsolatfelvételükből eredő esetleges károktól. Ez magában foglalja az alábbiakból eredő károkat:

- Az EMMA Egyesület munkavállalóinak és/vagy a kapcsolódó személyeknek a magatartása
- Az EMMA Egyesület programjainak és tevékenységeinek tervezése és megvalósítása.

A Védelmi Szabályzat meghatározza az Emma Egyesület által vállalt kötelezettségeket, és tájékoztatja a munkavállalókat és a kapcsolódó személyeket a Védelem biztosításával kapcsolatos felelősségeikről.

Mit nevezünk Védelmi Irányelvnek?

Azokat az intézkedéseket értjük alatta, amelyeket az EMMA Egyesülettel kapcsolatba kerülő személyek egészségének, jóllétének és emberi jogainak védelme érdekében teszünk, legyen szó akár az Egyesület munkavállalóiról és a kapcsolódó személyekről, a partnereinkről, a program résztvevőiről és a közösségekről, amelyekben dolgozunk. Ez azt jelenti, hogy tevékenységeink során azonosítjuk és minimalizáljuk a gyermekek és a veszélyeztetett felnőttek sérülésének kockázatát a munkatársak, képviselők és partnerek részéről, valamint magába foglalja a megfelelő reagálást a gyermekekkel és a veszélyeztetett felnőttekkel kapcsolatos védelmi aggályokra azokban a közösségekben, ahol dolgozunk. Ez a biztonság és a jóllét kezelését célzó szabályzatok, eljárások és tevékenységek széles körére terjed ki.

A Védelmi Irányelv alapelvei

Az EMMA Egyesületben elkötelezettek vagyunk a tevékenységeinkben részt vevő vagy azok által érintett felnőttek és gyermekek védelme iránt.

1. **Képessé tétel:** Az emberek támogatása és ösztönzése saját döntéseik meghozatalára és tájékoztatáson alapuló beleegyezésükre.
2. **Megelőzés:** Jobb, ha a kár bekövetkezése előtt cselekszünk.
3. **Beavatkozás mértéke:** A kockázatnak megfelelő legkevésbé tolakodó válaszintézkedés.
4. **Védelem:** Támogatás és képviselet biztosítása a leginkább rászorulóknak.
5. **Együttműködés:** Megoldások kidolgozása a helyi közösségekkel együttműködve. A közösségeknek szerepük van az elhanyagolás és a bántalmazás megelőzésében, felderítésében és bejelentésében.
6. **Elszámoltathatóság:** Elszámoltathatóság és átláthatóság a védelmi gyakorlatban.

Hatáskör

Ez a Szabályzat az EMMA Egyesület valamennyi munkavállalójára és a kapcsolódó személyekre vonatkozik:

- Az Emma Egyesülettel szerződésben álló összes alkalmazott.
- A kapcsolódó személyek közé tartoznak az elnökségi tagok, önkéntesek, gyakornokok, látogatók, nemzetközi és helyi tanácsadók, valamint ezen szervezetek egyéni és vállalkozói szerződéses partnerei és a hozzájuk kapcsolódó személyek.

Ez a Szabályzat útmutatóként és kötelezettségvállalásként szolgál az EMMA Egyesület alkalmazottai és a kapcsolódó személyek számára, figyelembe véve a helyi törvények és rendeletek által meghatározott normákat, valamint a humanitárius ügynökségek szabályzatainak normáit, beleértve az Egyesült Nemzetek Szervezetének a humanitárius segítségnyújtás során a szexuális kizsákmányolás és visszaélés elleni védelemmel foglalkozó állandó bizottságának szabályzatát.

Nyilatkozat

Az EMMA Egyesület hisz abban, hogy mindenkinek, akivel kapcsolatba kerülünk, korától, nemi identitásától, fogyatékosságától, szexuális irányultságától vagy etnikai származásától függetlenül joga van ahhoz, hogy megvédjük a bántalmazás, a visszaélés, az elhanyagolás és a kizsákmányolás minden formájától. Az Egyesület nem tűri a munkavállalók vagy a kapcsolódó személyek által elkövetett visszaélést és kizsákmányolást.

Az EMMA Egyesület elismeri, hogy felelősséggel tartozunk a velünk és a nekünk dolgozó emberek védelméért, és folyamatosan törekszünk a szexuális zaklatás, kizsákmányolás, visszaélés és a gyermekekkel való visszaélés megelőzésére. Komolyan vesszük a szexuális zaklatás, kizsákmányolás és visszaélés, valamint a gyermekbántalmazás minden bejelentését.

Az EMMA Egyesület zéró toleranciát alkalmaz a szexuális zaklatással, kizsákmányolással és visszaéléssel, valamint a gyermekbántalmazással szemben. Gondosan kivizsgáljuk a vádakat, és szükség esetén megfelelő fegyelmi intézkedéseket hozunk, figyelembe véve a túlélő jogait és érdekeit. Egyértelművé tesszük, hogy a szexuális zaklatást, kizsákmányolást és visszaélést, valamint a gyermekekkel szembeni visszaélést semmilyen formában nem tűrjük, ha azt munkatársaink, partnereink vagy más kapcsolódó személyek követik el bárkivel szemben.

Az EMMA Egyesület elkötelezi magát amellett, hogy munkája során a megelőzés, a bejelentés és a reagálás három pillérén keresztül biztosítja a védelmi irányelvet.

Az EMMA Egyesület minden alkalmazottja és a kapcsolódó személyek tisztában vannak ezzel és ennek megfelelően cselekszenek:

1. „A humanitárius munkatársak által elkövetett szexuális kizsákmányolás és visszaélés súlyos kötelességszegésnek minősül, és ezért a munkaviszony megszüntetésének alapját képezi.
2. A gyermekekkel (18 év alatti személyekkel) folytatott szexuális tevékenység a nagykorúság korhatárától vagy a helyi beleegyezési korhatártól függetlenül tilos. A gyermek életkorával kapcsolatos téves meggyőződés nem védekezés.
3. Tilos a pénz, munka, áru vagy szolgáltatás cseréje szexért, beleértve a szexuális szívességet vagy a megalázó, lealacsonyító vagy kizsákmányoló magatartás más formáit. Ide tartozik a kedvezményezetteknek járó támogatás ellentételezése is.
4. Tilos a humanitárius segítséget és védelmet nyújtó személyek és az ilyen humanitárius segítségben és védelemben részesülő személyek közötti bármilyen szexuális kapcsolat, amely rang vagy pozíció helytelen kihasználásával jár. Az ilyen kapcsolatok aláássák a humanitárius segítségnyújtás hitelességét és integritását.
5. Ha a humanitárius munkát végzőknél aggodalom vagy gyanú merül fel egy munkatárs által elkövetett szexuális visszaéléssel vagy kizsákmányolással kapcsolatban – akár ugyanannál a szervezetnél dolgozik, akár nem –, a szervezet által létrehozott jelentési mechanizmusokon keresztül kell jelenteni ezeket az eseteket.
6. A humanitárius dolgozók kötelesek olyan környezetet teremteni és fenntartani, amely megakadályozza a szexuális kizsákmányolást és visszaélést, és elősegíti az Etikai Kódexük végrehajtását. A vezetők minden szinten különös felelősséggel tartoznak az ilyen környezetet fenntartó rendszerek támogatásáért és fejlesztéséért.” [25]

Felelősségek

Az EMMA Egyesület

- minden erőfeszítést megtesz annak érdekében, hogy elősegítse, megteremtse és fenntartsa a biztonságos szervezeti kultúrát az Egyesületben és az Egyesületnek dolgozó valamennyi személy számára, beleértve partnereinket és azokat a közösségeket, ahol a tevékenységeinket folytatjuk.
- szervezetspecifikus védelmi stratégiát dolgoz ki, a szervezet minden szintjén megfelelő szintű célzott kapacitással és elkülönített erőforrásokkal, a szexuális zaklatás, kizsákmányolás és visszaélés, valamint a gyermekbántalmazás megelőzése és az azokra való reagálás érdekében.

25 IASC Six Core Principles | IASC / PSEA interagencystandingcommittee.org

- törekszik arra, hogy olyan munkatársakat alkalmazzon, akik összhangban vannak jövőképünkkel, küldetésünkkel és értékeinkkel, és az alkalmazandó jogszabályoknak megfelelően megakadályozzuk, hogy a szexuális zaklatás, kizsákmányolás, visszaélés és gyermekbántalmazás ismert elkövetőit (újra) felvegyük vagy (újra) alkalmazzuk.
- biztosítja, hogy minden alkalmazott hozzáférjen, megismerje és megértse az ezen Szabályzaton belüli felelősségét.
- minden programját és tevékenységét úgy tervezi meg és végzi el, hogy megvédje az embereket az Emma Egyesülettel való kapcsolatfelvételből eredő esetleges ártalmak kockázatától. Ez magában foglalja azt is, hogy a programjainkon részt vevő egyénekre vonatkozó információkat hogyan gyűjtjük és közöljük.
- biztosítja, hogy a szexuális zaklatás, kizsákmányolás és visszaélés, valamint a gyermekekkel szembeni visszaélés bejelentésére szolgáló többféle mechanizmus hozzáférhető legyen, és az érzékenyen reagálást a bejelentést tenni kívánók eltérő igényeire, beleértve a szexuális zaklatás, kizsákmányolás és visszaélés, valamint a gyermekekkel szembeni visszaélés által leginkább veszélyeztetett kiszolgáltatott felnőtteket és gyermekeket, a közösségeket, amelyekkel együtt dolgozunk, partnereinket, valamint az Egyesület munkavállalóit és a kapcsolódó személyeket.
- biztosítja, hogy a munkavállalók a szervezetben betöltött szerepüknek megfelelő szintű képzésben részesüljenek a Védelmi Szabályzattal kapcsolatban.
- nyomon követi a Védelmi Irányelvvel kapcsolatos aggályokról szóló jelentésekhez kapcsolódó eljárást.

Az EMMA Egyesület alkalmazottjaként vagy kapcsolódó személyként kijelentem, hogy nem fogok:

- szexuálisan zaklatni, kihasználni vagy visszaélni bárkivel, és tudomásul veszem, hogy ezek a magatartások súlyos kötelességszegésnek minősülnek, és fegyelmi és/vagy jogi lépéseket vonnak maguk után, egészen az elbocsátásig bezárólag.
- szexuális tevékenység bármilyen formájába bocsátkozni, vagy testi/szexuális kapcsolatot kialakítani gyermekekkel (18 év alatti személyekkel), függetlenül a helyi beleegyezési korhatártól. Tudomásul veszem, hogy a gyermek életkorával kapcsolatos tudatlanság vagy téves meggyőződés nem jelent kivételt. Tudomásul veszem, hogy a helyi törvények szerinti korhatártól függetlenül a 18 év alatti személyekkel való ilyen jellegű kapcsolatok ellentétesek a szervezet értékeivel és a nemzetközi szervezetek humanitárius aktivistáira vonatkozó elfogadott magatartási normákkal.
- pénzt, munkát, árut vagy szolgáltatást nyújtani szexuális tevékenységért cserébe, beleértve a szexuális szívességet vagy a megalázó, lealacsonyító vagy kizsákmányoló viselkedés más formáit. Tudomásul veszem, hogy ez azt jelenti, hogy soha, senkitől nem vásárolhatok szexet, és nem cserélhetem el a program résztvevőinek/kedvezményezettjeinek járó támogatást szexre. Tudomásul veszem, hogy az ilyen magatartástól való tartózkodás szükségességét a humanitárius aktivistákra vonatkozó általánosan elfogadott magatartási normák keretei, valamint a magyar büntetőjog rendelkezései határozzák meg.

- szexuális tevékenységet vagy szexuális kapcsolatot folytatni a program résztvevőivel. Tisztában vagyok azzal, hogy az ilyen kapcsolatok szigorúan meg vannak tiltva. Tudomásul veszem, hogy az ilyen kapcsolatok pozícióm helytelen kihasználása miatt egyenlőtlen hatalmi dinamikán alapulhatnak, és aláásható az EMMA munkájának hitelességét és integritását. Tudomásul veszem, hogy a program résztvevőivel korábban fennálló kapcsolatok miatt esetleg meglévő befolyásolhatóságra vonatkozó minden aggodalmamat be kell jelentenem a Panaszkezelő Bizottságnak (amelynek tagjai a Programigazgató [mint közvetlen vezető] és az Ügyvezető Igazgató [mint munkáltató]; illetve szükség esetén egy másik, a programban részt nem vevő elnökségi tag is bevonható).
- semmilyen szolgáltatást vagy szexuális szívességet kérni az EMMA programjainak résztvevőitől, gyermekektől vagy másoktól azokban a közösségekben, ahol az EMMA dolgozik, és nem veszek részt szexuálisan zaklató, kizsákmányoló vagy bántalmazó kapcsolatokban. Tudomásul veszem, hogy az ilyen magatartástól való tartózkodás szükségességét a humanitárius aktivistákra vonatkozó általánosan elfogadott magatartási normák keretei, valamint a magyar büntetőjog rendelkezései határozzák meg.
- szexuálisan kizsákmányoló vagy bántalmazó tevékenységek bármely formáját támogatni vagy azokban részt venni, beleértve például a gyermekpornográfiát, az emberkereskedelmet vagy a gyermekházasságot is.
- gyermekeket alkalmazni olyan háztartási vagy egyéb munkára, amely életkoruk vagy fejlődési szintjük miatt nem megfelelő, amely akadályozza az oktatásra és szabadidős tevékenységekre fordítható idejüket, vagy amely jelentős sérülés vagy kizsákmányolás veszélyének teszi ki őket.
- nem megfelelő, zaklató, sértő, szexuálisan provokatív, megalázó vagy kulturálisan nem megfelelő nyelvezetet vagy viselkedést használni gyermekekkel szemben.

Gyermekvédelmi irányelv

Az EMMA Egyesület munkatársai és a kapcsolódó személyek nem fognak:

- szexuális tevékenységet folytatni 18 éven aluliakkal.
- gyermekeket szexuálisan zaklatni, kizsákmányolni.
- gyermekeket fizikailag, érzelmileg vagy pszichológiailag bántalmazni, vagy elhanyagolni.
- gyermekekkel bármilyen kereskedelmi célú kizsákmányoló tevékenységet folytatni, beleértve a gyermekmunkát vagy a gyermekkereskedelmet is.

Felnőttekre vonatkozó védelmi irányelv

Az EMMA Egyesület munkatársai és a kapcsolódó személyek nem fognak:

- veszélyeztetett felnőtteket szexuálisan zaklatni, kizsákmányolni.
- veszélyeztetett felnőtteket fizikailag, érzelmileg vagy pszichológiailag bántalmazni, vagy elhanyagolni.

Védelem a szexuális kizsákmányolásról és bántalmazásról

Az EMMA Egyesület munkatársai és a kapcsolódó személyek nem fognak:

- pénzt, munkát, árut vagy szolgáltatást nyújtani szexuális tevékenységért cserébe. Ez magába foglalja a támogatási formák minden megnyilvánulását.
- szexuális kapcsolatot létesíteni a támogatásban részesülőkkel, mivel ezek eleve egyenlőtlen hatalmi dinamikán alapulnak.

Ezen túlmenően az EMMA Egyesület munkatársai és a kapcsolódó személyek kötelesek:

- hozzájárulni egy olyan környezet kialakításához és fenntartásához, amely megakadályozza a Védelmi Szabályok megsértését, és elősegíti annak betartását.
- jelenteni az EMMA Egyesület munkatársai vagy a kapcsolódó személyek által elkövetett védelmi jogsértésekkel kapcsolatos aggályait vagy gyanúját az illetékes munkatárs(ak)nak.

Ez a Szabályzat összhangban van a hatályos magyarországi jogszabályokkal, különösen a következőkkel:

- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
- 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről, különösen:
  - 2012. évi C törvény 195. §: Kényszerítés
  - 2012. évi C törvény 196. §: Szexuális kényszerítés
  - 2012. évi C törvény 197. §: Szexuális erőszak
  - 2012. évi C törvény 198. §: Szexuális visszaélés
  - 2012. évi C törvény 200. §: Kerítés
  - 2012. évi C törvény 201. §: Prostitúció elősegítése
  - 2012. évi C törvény 202. §: Kitartottság
  - 2012. évi C törvény 203. §: Gyermekprostitúció kihasználása
  - 2012. évi C törvény 204. §: Gyermekpornográfia
  - 2012. évi C törvény 222. §: Zaklatás

Az EMMA Egyesület minden munkavállalója és a kapcsolódó személyek kötelesek mindig betartani a Szabályzatot, a nap 24 órájában, a hét minden napján.

Bejelentések

Az EMMA Egyesület gondoskodik arról, hogy a munkavállalók és a közösségek – amelyekkel együtt dolgozunk – számára megfelelő, biztonságos és könnyen hozzáférhető módot biztosítson a védelmi aggályok bejelentésére.

Az EMMA Egyesület külső forrásoktól, például a nyilvánosság tagjaitól, partnerektől és hivatalos szervektől érkező panaszokat is elfogad.

Hogyan lehet bejelentést tenni

A munkavállalóknak minden a védelmi irányelvet érintő aggályukat azonnal jelenteniük kell a felettesüknek vagy a Felelős Kapcsolattartónak. Ha a munkatárs számára kényelmetlen felettese vagy a Védelemért Felelős Kapcsolattartó számára jelentenie (például ha úgy érzi, hogy a bejelentést nem vennék komolyan, vagy az adott személy érintett a problémában), akkor bármely más megfelelő munkatársnak is jelentést tehet (ez lehet például egy senior vezető).

Ha az EMMA Egyesület munkájával, működésével kapcsolatban bármilyen (fizikai, szexuális, érzelmi) visszaélést, zaklatást, hátrányos megkülönböztetést vagy egyéb aggályos viselkedést tapasztalt, vagy bármilyen egyéb visszajelzést szeretne adni, akkor az alábbi csatornákon tehet névtelen bejelentést.

Telefon/Viber/Whatsapp: +36 70 561 8006
Email: uzenet@emmaegyesulet.hu

Visszajelzés

Az EMMA Egyesület az irányelveknek és eljárásoknak, valamint a jogi és törvényi kötelezettségeknek megfelelően nyomon követi a bejelentéseket és panaszokat (lásd a Védelmi Szabályzattal kapcsolatos aggályok bejelentésére és az azokra való reagálásra vonatkozó eljárások dokumentumot).

Az EMMA Egyesület megfelelő fegyelmi intézkedéseket alkalmaz a szabályzatot megsértő alkalmazottakkal szemben.

Az EMMA Egyesület támogatást nyújt a munkavállalók vagy a kapcsolódó személyek által okozott károk túlélőinek, függetlenül attól, hogy hivatalos belső válaszlépésre kerül-e sor (például belső vizsgálatra), vagy sem. A támogatással kapcsolatos döntéseket a túlélő határozza meg.

Titoktartás

A bejelentések kezelésének folyamatának minden szakaszában alapvető fontosságú a titoktartás. A panaszra és az azt követő esetkezelésre vonatkozó információkat csak a szükséges személyekkel szabad megosztani, és azokat mindig biztonságban kell tartani.

Kapcsolódó dokumentumok

- Etikai Kódex
- Védelmi Protokoll – A Védelmi Szabályzattal kapcsolatos aggályok bejelentésére és az azokra való reagálásra vonatkozó eljárások
- Adatkezelési tájékoztató

Fogalommagyarázat

1. Gyermek/Fiatal felnőtt

Gyermeknek/fiatal felnőttnek minősül minden 18 év alatti személy, függetlenül attól, hogy a helyi országokban miként határozzák meg, hogy a gyermek/fiatal felnőtt mikor válik nagykorúvá.[27] Ahol és amikor ez a szabályzat gyermeket említ, azon 18 év alatti fiatal felnőttet is érteni kell.

2. Kiszolgáltatott helyzetben lévő felnőttek / veszélyeztetett felnőttek

Bárki 18 éves vagy annál idősebb, aki:

- nem képes gondoskodni magáról/megóvni magát a bántalmazástól vagy kizsákmányolástól; vagy
- nemük, mentális vagy fizikai egészségi állapotuk, fogyatékosságuk, etnikai hovatartozásuk, vallási identitásuk, szexuális irányultságuk, gazdasági vagy társadalmi helyzetük miatt, vagy katasztrófák és konfliktusok következtében veszélyeztetettnek minősülnek; vagy
- alárendelt helyzetben van, és ezért olyan hatalmi különbséget tapasztal, amely veszélyezteti őt.

3. A támogatás kedvezményezettje / a program résztvevője

Valaki, aki az EMMA Egyesület programjából közvetlenül kap tárgyi adományt vagy szolgáltatást. Megjegyzendő, hogy a hatalommal való visszaélés vonatkozhat az Egyesület által kiszolgált szélesebb közösségre is, és magában foglalhatja a kizsákmányolást is azáltal, hogy hatalmi pozíció látszatát kelti.

4. Szexuális zaklatás[28]

Szexuális zaklatásnak minősül minden nemkívánatos szexuális közeledés, szexuális jellegű kérés, szexuális jellegű szóbeli vagy fizikai magatartás vagy gesztus, vagy bármilyen más szexuális jellegű viselkedés, amelyről okkal feltételezhető, hogy sértő

---

27 A gyermek fogalma az Ügynökségközi Állandó Bizottság (IASC) iránymutatásai az ENSZ és nem ENSZ-személyzet által elkövetett szexuális kizsákmányolás és visszaélés elleni védelem minimumszabályainak végrehajtásához, 2013. március.

28 A „szexuális zaklatás" meghatározása az ENSZ főtitkárának közleményéből: A megkülönböztetés, a zaklatás, beleértve a szexuális zaklatást és a hatalommal való visszaélés tilalmát (ST/SGB/2008/5).

vagy megalázó hatást gyakorol egy másik személyre, ha az ilyen magatartás zavarja a munkavégzést, a foglalkoztatás feltételévé válik, vagy megfélemlítő, ellenséges vagy sértő munkahelyi környezetet teremt. Jellemzően egy magatartásmintát foglal magában, de előfordulhat egyetlen incidens formájában is.

5. Szexuális kizsákmányolás[29]

A szexuális kizsákmányolás a kiszolgáltatott helyzettel, a hatalmi különbségekkel vagy a bizalommal való tényleges vagy megkísérelt visszaélést jelent szexuális célokra, beleértve, de nem kizárólagosan, a más személy szexuális kizsákmányolásából származó pénzbeli, társadalmi vagy politikai haszonszerzést.

6. Szexuális bántalmazás

A tényleges vagy fenyegetett szexuális jellegű fizikai bántalmazás, akár erőszakkal, akár egyenlőtlen vagy kényszerítő körülmények között.

7. Gyermekek kizsákmányolása és bántalmazása (az alábbiak közül egyet vagy többet foglal magában)

a. Fizikai bántalmazás

Fizikai bántalmazásról akkor beszélünk, ha valaki szándékosan bántalmazza vagy bántalmazással fenyegeti a gyermeket. Ez történhet például pofon, ütés, rázogatás, rúgás, rugdosás, verés, égetés, lökdösés vagy megragadás formájában. A fizikai bántalmazás lehet egyszeri vagy ismételt cselekmény. Nem mindig hagy látható nyomokat vagy sérüléseket.

b. Érzelmi bántalmazás

Az érzelmi bántalmazás nem megfelelő verbális vagy szimbolikus cselekedeteket (például gesztusok) jelent a gyermek felé, vagy a gyermek megfelelő fizikai gondozásának és érzelmi támogatásának elmulasztását. Az ilyen cselekedetek nagy valószínűséggel károsítják a gyermek önbecsülését vagy szociális kompetenciáját.

c. Elhanyagolás

Elhanyagolásnak minősül, ha a gyermek számára nem biztosítanak olyan körülményeket, amelyek kulturálisan elfogadottan alapvető fontosságúak a testi és érzelmi fejlődéséhez és jóllétéhez.

d. Gyermekek elleni szexuális visszaélés

A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélés a gyermekekkel folytatott szexuális tevékenység bármely formája. Ez megnyilvánulhat egy gyermek és egy felnőtt vagy két gyermek között. Ezekben a tevékenységekben az egyik fél életkoránál vagy fej-

29 A „szexuális kizsákmányolás” és a „szexuális visszaélés” fogalommeghatározásai az ENSZ főtitkárának közleményéből: Különleges intézkedések a szexuális kizsákmányolással és szexuális visszaéléssel szembeni védelem érdekében (ST/SGB/2003/13).

lettségénél fogva több felelősséggel és hatalommal rendelkezik, és a tevékenység célja a másik személy szükségleteinek kielégítése. Magában foglalhatja, de nem kizárólagosan, az érintkezéses vagy nem érintkezéses tevékenységeket, a gyermek szexuális tevékenységre való ösztönzését vagy kényszerítését, a gyermek prostitúcióban vagy más szexuális gyakorlatokban való felhasználását, vagy a gyermek online szexuális kizsákmányoló anyagoknak való kitételét, a gyermekek pornográf előadásokban és anyagokban való felhasználását, vagy gyermekekről szexuálisan kizsákmányoló képek készítését.

8. Kerítés

a. A kerítés (grooming) általában olyan viselkedésre utal, amely megkönnyíti az elkövető számára, hogy szexuális tevékenységre szerezzen meg egy gyermeket vagy egy kiszolgáltatott felnőttet. Gyakran magában foglalja a gyermekek és/vagy gondozóik, vagy kiszolgáltatott felnőttek bizalmának kiépítését, hogy szexuális visszaélés céljából hozzáférjenek a gyermekekhez. Például magában foglalja egy adott gyermeknek vagy felnőttnek nyújtott figyelmet, ajándékokat, pénzt, kábítószert vagy alkoholt, romantikus érzelmek ösztönzését, vagy szexuális fogalmaknak való kitevést beszélgetés vagy pornográfia bemutatása révén.

b. Az online zaklatás / kerítés olyan elektronikus üzenet, üzenetsorozat küldése vagy online platformon való részvétel, amelynek tartalma illetlen jellegű lehet, azzal a szándékkal, hogy a címzettet egy másik személlyel – beleértve, de nem feltétlenül a küldő személyt – szexuális tevékenység folytatására vagy annak alávetésére késztesse.

Mind a gyermekek, mind a kiszolgáltatott felnőttek áldozatai lehetnek a kerítésnek, az online zaklatásnak, de a gyermekek különösen az online kerítők célpontjai.

9. Védelem a szexuális kizsákmányolás és visszaélés ellen (PSEA)

A kifejezést a humanitárius és fejlesztési közösség használja a munkavállalók vagy a kapcsolódó személyek által az érintett közösséggel szemben alkalmazott szexuális kizsákmányolás és visszaélés megelőzésére. A kifejezés az ENSZ főtitkárának a szexuális kizsákmányolás és visszaélés elleni védelemre irányuló különleges intézkedésekről szóló közleményéből származik (ST/SGB/2003/13).

10. Védelmi Irányelv

Azokat az intézkedések tartoznak ide, amelyeket az EMMA Egyesülettel kapcsolatba kerülő személyek – legyen szó az Egyesület alkalmazottairól és a kapcsolódó személyekről, a partnerekről, a program résztvevőiről és a közösségekről – egészségének, jóllétének és emberi jogainak védelme érdekében teszünk, valamint a károkozás vagy visszaélés megelőzése, jelentése és az azokra való reagálás érdekében.

A Védelmi Irányelv szerint minden ésszerű lépést megteszünk a károkozás, különösen a szexuális kizsákmányolás, a visszaélés és a zaklatás megelőzése érdekében, hogy megvédjük a személyeket, különösen a kiszolgáltatott felnőtteket és gyermekeket az ilyen károktól; és megfelelően reagálunk, ha mégis bekövetkezik a kár.

Ez a meghatározás értékeinkből és elveinkből ered, és formálja kultúránkat. Különös figyelmet fordít a hatalommal, bizalommal vagy kiszolgáltatottsággal való potenciális, tényleges vagy megkísérelt visszaélésből eredő károk megelőzésére és az azokra való reagálásra, különösen a szexuális célúakra.

A Védelmi Irányelv következetesen és kivétel nélkül vonatkozik programjainkra, partnereinkre és munkatársainkra. Ez megköveteli, hogy proaktívan próbáljuk megelőzni, s ha ez nem sikerül, akkor azonosítsuk és védekezzünk a károkozás, kizsákmányolás és visszaélés valamennyi kockázata ellen, és hogy a kockázatok felmerülése esetén érett, elszámoltatható és átlátható rendszerekkel rendelkezzünk a reagálásra, a bejelentésre és a visszajelzésre. Ezeknek a rendszereknek a túlélőkre kell összpontosítaniuk, és a vádlottakat is védeniük kell, amíg bűnösségük be nem bizonyosodik.

A Védelmi Irányelv a kedvezményezetteket és az érintett személyeket helyezi minden tevékenységünk középpontjába.

11. Túlélő

A bántalmazott vagy kizsákmányolt személy. A „túlélő” kifejezést gyakran használják az „áldozat” helyett, mivel az erőt, ellenálló képességet és a túlélés képességét sugallja, azonban az egyén saját döntése, hogyan kívánja magát azonosítani.

12. Önkéntes

Az EMMA Egyesület működési területének helyi közösségéből származó személyek, akik önkéntes jelleggel vállalnak feladatokat az EMMA Egyesület számára.

13. Látogató

Az EMMA Egyesület irodáit vagy programjait látogató személyek körére vonatkozik, beleértve az adományozók képviselőit, újságírókat, médiát, kutatókat, híresség eket, családtagokat.

5.7. EMMA EGYESÜLET VÉDELMI PROTOKOLL

A Védelmi Szabályzattal kapcsolatos aggályok bejelentésére és az azokra való reagálásra vonatkozó eljárások

Háttér

Az EMMA Egyesület egy országos női szervezet, amely a nők alapvető jogaiért és társadalmi egyenlőségéért dolgozik, különös figyelmet fordítva a nemi alapú elnyomásra, a nők elleni erőszakra a gyermekvállalás és gyermeknevelés időszakában, valamint a szexuális és reproduktív egészségre és jogokra (SRHR), egyéni, közösségi és társadalmi szinten, különös tekintettel a nők kiszolgáltatott csoportjaira.

Az EMMA Egyesület fő tevékenységei:

- **EMMA Vonal:** anonim segélyvonal a szülészeti ellátás és az anyaság során nehézségekkel küzdő nők számára;
- **EMMA Műhely:** biztonságos tér a nők számára a társadalmi igazságosság és a szolidaritás előmozdítására;
- **Közösségi Kísérői Hálózat:** roma nők támogatása a szexuális és reproduktív egészséggel és jogokkal kapcsolatban, különös tekintettel a szülészeti ellátásra és a fogamzásgátláshoz való hozzáférés elősegítésére;
- **Hajléktalanságban élő nők:** szakemberek képzése a traumainformált ellátás biztosítására;
- **Társadalmi aktivizmus:** személyes tapasztalatok közösségépítéssé és társadalmi aktivizmussá alakítása;
- **Kutatások:** rendszerszintű változás elősegítése a nők tapasztalatára irányuló kutatásokkal;
- **Humanitárius Program:** a menekült nők és lányok szexuális és reproduktív egészségére és jogaira összpontosító esetkezelés.

Az EMMA Egyesület munkavállalói és kapcsolódó munkatársai nem gyermekvédelmi szakemberek, de szeretnénk megfelelő keretet és hatékony eszközöket biztosítani a gyermekek szexuális zaklatásának, kizsákmányolásának és bántalmazásának megelőzésére, amely biztosítja, hogy minden alkalmazott és kapcsolódó munkatárs a jelen Védelmi Protokoll szellemében járjon el és viselkedjen, és munkája minden területén ez a hozzáállás vezérelje őket.

Alapelvek

1. **Támogatás**
   - A gyermekek és fiatalok fejlődésének és kiteljesedésének elősegítése és támogatása.
   - A biztonsághoz és a védelemhez való jog biztosítása.
2. **Megelőzés**
   - A gyermekbántalmazás kockázatának csökkentése tudatosságnöveléssel, a helyes gyakorlatok fejlesztése és képzések révén, valamint a gyermekek védelme érdekében tett minden lehetséges lépés megtétele által.
   - Biztosítani kell, hogy minden munkavállaló tisztában legyen a gyermekek védelméhez szükséges lépésekkel és eljárásokkal.
   - Megfelelő reakció szükséges a gyermekek bántalmazására.
3. **Támogatás képzéseken keresztül**
   - Biztosítani kell, hogy minden munkavállaló tisztában legyen a Védelmi Szabályzatban, a Protokollban és más vonatkozó szabályokban meghatározott követelmények betartására vonatkozó kötelezettségeivel.
4. **Együttműködés**
   - Az EMMA Egyesület több intézménnyel, azok szakembereivel és a gyermekvédelmi rendszer más szereplőivel is együttműködik, szem előtt tartva, hogy a különböző nézőpontok összeegyeztetése és az együtt gondolkodás segít az ügyek hatékony kezelésében.
5. **A törvényeknek és rendeleteknek való megfelelés**
   - Elkötelezettség az összes vonatkozó nemzetközi és nemzeti jogszabály betartása iránt.
6. **Utánkövetés és felülvizsgálat**
   - A gyermekekkel kapcsolatos protokollok, szabályzatok és gyakorlatok figyelemmel kísérése és rendszeres felülvizsgálata a hiányosságok azonosítása és kezelése, valamint a vonatkozó jogszabályi változásoknak való megfelelés érdekében.
7. **Biztonságos adatkezelés és titoktartás**
   - A gyermekek személyes és minden érzékeny adatának bizalmas kezelése.
8. **Átláthatóság**
   - Az EMMA Egyesület minden döntése és tevékenysége átlátható a gyermekek védelme érdekében.
9. **Zéró tolerancia**
   - Az EMMA Egyesület elítéli és elutasítja a gyermekbántalmazás, kizsákmányolás, zaklatás, megfélemlítés és rossz bánásmód minden formáját. Minden tevékenysége során egy biztonságos környezet és közösség megteremtésére törekszik.

10. Végrehajtás garantálása

- A szervezethez kapcsolódó személyek jogainak megsértésével kapcsolatban beérkező panaszokat kivizsgálják, és megfelelő intézkedéseket hoznak, amelyekről átláthatóan és világosan tájékoztatják az érintett személyeket.

Célok

A Védelmi Protokoll célja:

- Tisztázni, hogy mi történik a Védelmi Szabályzat megsértése esetén: szexuális zaklatással, kizsákmányolással vagy visszaéléssel kapcsolatos állítólagos kötelességszegéssel kapcsolatos vád, amelyet az EMMA Egyesület munkatársai és/vagy a velük kapcsolatban álló személy(ek) követ el vagy követnek el a Védelmi Szabályzatban meghatározottak szerint.
- A bejelentéshez rendelkezésre álló panaszmechanizmusok, valamint a vizsgálati eljárás és a lehetséges következmények ismertetése.
- Meghatározni a veszélyeztetett helyzetek megelőzésére, felderítésére és azonosítására irányuló védelmi intézkedések körét, valamint a szükséges lépéseket.

Hatáskör

A Protokoll az EMMA Egyesület minden alkalmazottjára és a kapcsolódó személyekre vonatkozik, akik kötelesek jelenteni minden olyan, a PSHEA-val kapcsolatos visszaélést (a fogalommeghatározásokat és szabályokat a Védelmi Szabályzatban találja), amelyet tapasztaltak, láttak vagy hallottak, akár az Egyesületben, akár azon kívül, függetlenül attól, hogy az eset mikor történt. Még a gyanút vagy a „pletykákat" is jelenteni kell. Minden panaszt megvizsgálunk, de nem minden esetben van szükség hivatalos vizsgálati eljárásra. A teljes folyamat során a jogi kötelezettségeket a helyi törvényeknek megfelelően figyelembe vesszük. A hamis vagy rosszindulatú panaszokat ugyanolyan határozottsággal kezeljük, mint a tényszerű és valós bejelentéseket. A hamisnak talált bejelentések esetében a panaszosnak ugyanazokkal a következményekkel kell szembenéznie (esetleges fegyelmi eljárás), mint a kötelességszegésben bűnösnek talált panaszosoknak.

A jelentési & vizsgálati folyamat

- **Visszajelzésért Felelős Kapcsolattartó:** Ez az EMMA munkatárs fogadja az összes panaszt/visszajelzést. Ő rögzíti a visszajelzéseket a központi visszajelzési adatbázisban, a visszajelzési kategória szerint osztályozza azokat, továbbítja a kijelölt munkatársnak, és figyelemmel kíséri a folyamatot, amíg a válasz meg nem érkezik, és a bejegyzést le nem zárják. Részt vesz a CARE által biztosított valamennyi vonatkozó képzésen.

- **Védelemért Felelős Kapcsolattartó:** Ez az EMMA munkatárs felel minden érzékeny problémáért és jelentésért, és a vonatkozó működési eljárásnak megfelelően kezeli azokat. Részt vesz a CARE által biztosított valamennyi vonatkozó képzésen, és felelős a személyzet valamennyi tagja számára szervezett képzések megszervezéséért.
- **Panaszkezelő Bizottság:** A Panaszkezelő Bizottság magában foglalja a Programvezetőt (mint közvetlen vezetőt) és az Ügyvezető Igazgatót (mint munkáltatót). Szükség esetén egy másik egyesületi tagot is bevonnak (aki nem vesz részt a programban). A panaszok kivizsgálását követően a Panaszkezelő Bizottság dönt a megfelelő intézkedésekről.
- **Vizsgálóbizottság:** Az érzékeny problémák kezeléséért a Vizsgálóbizottság felelős, amelynek tagja a Védelemért Felelős Kapcsolattartó személy és az Ügyvezető Igazgató. A panasz jellege alapján a kényes kérdések megválaszolásába a csoport más szakértő tagjai vagy külső szakértők is bevonhatók.

A visszajelzéseket és panaszokat a szükséges válasz szintje, sürgőssége és a feldolgozásért felelős személy vizsgálata alapján kategorizálják.

Szint	Kategória	Leírás	Továbbítva	Válaszadás és lezárási időkeret
1	Köszönet-nyilvánítás.	A kapott segítséggel kapcsolatos pozitív visszajelzés.	A adatbázisban rögzítve.	Négy héten belül rögzítve és megosztva az elszámoltathatósági jelentésben.
Például: Egy fiatal nő „köszönöm” üzenetet küld a Viberen keresztül, miután segítséget kapott.				
2	Fejlődésre vonatkozó javaslat.	Egy szolgáltatás és/vagy tevékenység javítására vonatkozó javasolt ötlet vagy terv.	Programvezető	Hat-nyolc héten belül rögzítve és megválaszolva.
Például: Egy nő a Viberen keresztül javasolja, hogy vegyünk fel néhány terméket az adomány listánkra.				
3	Információkérés.	A rendelkezésre álló szolgáltatásokról való több információ kérése.	Programvezető	Két héten belül rögzítve és megválaszolva.
Például: Egy nő a fogorvosi ellátáshoz való hozzáférésről kérdez.				
4	Támogatás / Segítség iránti kérelem.	Valaki kifejezi, hogy szüksége van a szervezet támogatására.	Programvezető	Négy-hat héten belül rögzítve és megválaszolva.
Például: Egy kedvezményezett segítséget kér, hogy panaszt nyújtson be egy egészségügyi intézmény ellen.				
5	Kisebb elége-detlenség a szol-gáltatásokkal/ segítségnyújtókkal kapcsolatban.	Az elégedetlenség olyan megnyilvánulása, amely nem jár komoly következményekkel vagy hosszú távú következményekkel egy személy vagy embercsoport számára.	Programvezető	Négy héten belül rögzítve és megválaszolva.
Például: A kedvezményezett arról számol be, hogy nem elégedett a higiéniai eszközökkel.				
6	Jelentős elégedet-lenség a nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatban és biztonsági aggályok.	Az elégedetlenség kifejezése vagy olyan helyzetről szóló jelentés, amely súlyos negatív hatással járhat, biztonsági kockázatot jelenthet, vagy súlyos, hosszabb távú következményekkel járhat egy személy vagy embercsoport számára.	Programvezető	Két héten belül rögzítve és megválaszolva.
Például: Néhány kedvezményezett agresszív viselkedést észlelt az ellátás/támogatás során.				

Szint	Kategória	Leírás	Továbbítva	Válaszadás és lezárási időkeret
7	Erőszakról szóló jelentés, biztonsági aggályok.	Erőszak, megfélemlítés vagy biztonsági probléma vádja vagy gyanúja, amely a közösségen belül történt, ahol dolgozunk; nem érinti az EMMA személyzetét vagy önkénteseit.	Programvezető	Két héten belül rögzítve és megválaszolva, a jelentés érzékenységétől függően.
Például: Jelentés arról, hogy egy tanár testi fenyítést alkalmazott egy diákkal szemben, aki elkésett az óráról.				
8	Érzékeny problémák	Az EMMA munkatársai által elkövetett állítólagos kötelességszegés, beleértve a szexuális zaklatást, kizsákmányolást és visszaélést, csalást, korrupciót és a magatartási kódex egyéb megsértését.	Panaszkezelő Bizottság; védelemért felelős kapcsolattartó	Legfeljebb három napon belül rögzítve, válaszadás/tájékoztatás kéthetente a lezárásig.
Például: Egy közösségi tag arról számol be, hogy egy terepmunkás megfenyegette, hogy megvonja tőle a támogatást, ha a nő megszakítja a terhességét.				
0	Hatáskörön kívüli esetek.	Visszajelzések vagy segítségkérések, amelyek kívül esnek az EMMA tevékenységén, vagy amelyekben az EMMA reálisan be tud avatkozni. A más nem kormányzati szervezetekkel kapcsolatos visszajelzéseket el kell fogadni és rendszeresen továbbítani kell őket. Amennyiben nincs lehetőség a továbbirányításra, ezt el kell magyarázni és rendszeresen meg kell erősíteni.	Programvezető	Négy héten belül rögzítve; szükség esetén továbbirányítás.
Például: Egy férfi egy munka-közvetítő ügynökséget keres.				

FORRÁSOK

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- Ayres-de-Campos et al. (2024) EUROPEAN ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (EAPM) EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION (EMA) Joint position statement: Caesarean delivery rates at a country level should be in the 15-20 % range. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 294, pp.76-78
- Bergin et al. (2012) A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. *Contraception* 86(6), pp.694-697
- Bernát, A. & Tomka, Zs. (2024) Ukrajnai menekültek Magyarországon. A rövid és hosszú távú integráció lehetőségei és korlátai. In: Gábos, A. et al. (szerk.) *Társadalmi Riport 2024* (pp. 355-374) Budapest: Tárki.
- Center for reproductive Rights (2023) *Care in Crisis: Failures to Guarantee the Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugees from Ukraine in Hungary, Poland, Romania and Slovakia.*
- Firmin, A. et al. (2024) *State of civil society report 2024.*
- Dolker, T. (2022). *Where is the money for feminist organising? Towards a just and resourced future for feminist movements.*
- Erdey, L. & Várnagy, E. (2022) A menstruációs szegénység mint láthatatlan depriváció - nemzetközi és hazai tapasztalatok. *Külgazdaság: A Kopint Konjunktúra Kutatási Alapítvány Folyóirata*, 66(11-12), pp.45-81.
- Európai képzési platform a családon belüli erőszakról (2025) *A jogi ágazat szereplői számára kialakított képzési modulok, Modul 9: Öngondoskodás.*
- European Consortium for Emergency Contraception (2022) *An update on access to emergency contraception in Europe.*
- Dés, F. & Les, K. (2024) *"Azt a füzetet nem szabadna mutogatni" – Nők élményei Magyarországon az abortuszhoz való hozzáférés gyakorlatáról.*
- George, S. et al. (2018) A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *International Journal for Equity in Health,* 17:41
- Hajdu, T. et al. (2024) Poor housing quality and the health of newborns and young children. *Scientific Reports,* 14:12890

- Hakimi et al. (2025) Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*
- IAWG (2018) *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.*
- IOM (2023) *Surveys with refugees from Ukraine: needs, intentions and integration challenges*
- Jeffers, N. K. & Grace, K. T. (2024) Health Equity. In: Grace, K. T. et al. (szerk.) *Prenatal and postnatal care: A person-centered approach*. NY: Wiley-Blackwell. Pp.3-21
- Juhász A. et al. (2017): *Menekültügy és migráció Magyarországon.* Budapest: Political Capital.
- Kupcsok J. et al. (2024) *„És akkor odaértünk a határra: egymillió nő volt!" - Ukrajnából menekült roma nők tapasztalatai a szexuális és reprodukciós egészségügyi ellátás terén Magyarországon – az EMMA Egyesület Humanitárius Programjának tükrében.*
- Narsee, A. et al. (2024) *Civic space report 2024.*
- PATENT Egyesület (2023) *Abortusz kisokos.*
- Eredics, L. (szerk.) (2022) *A háború után Magyarországra érkezett kárpátaljai roma családok helyzete.*
- Temesváry, Zs. (2020) *A kritikai szociális munka kialakulása és jelenkori folyamatai Svájcban. Esély Társadalmi és Szociálpolitikai Folyóirat,* 31(4), pp.81-96.
- Tew, J. (2009) A hatalom és a hatalomnélküliség értelmezése. In: Katz, K. & Bányai, E. (szerk.) *Kortárs szociálismunka-elméletek, tereptanítás, szupervízió.* Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület - ELTE TáTK Szociális Munka és Szociálpolitikai Tanszék. Pp.133-158.
- Tóth, J. & Bernát, A. (2022) Menekültválság 2022-ben: Az Ukrajna elleni orosz agresszió menekültjeinek magyarországi fogad(tat)ása. In: Kolosi, T. et al. (szerk.) *Társadalmi Riport 2022.* Budapest: Líra. pp. 347-367.
- VOICE & HIAS (2022) *Az ég bezárására várva: az Ukrajnából menekülő nők és lányok példa nélküli válsága: Országjelentés – Magyarország.*