

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR  
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA  
ELMÉLETI PSZICHOANALÍZIS PROGRAM

**„EGYMÁS-ÁLLAPOT”  
SZÜLÉSZNŐK-BÁBÁK-DÚLÁK TAPASZTALATAI A  
SEGÍTŐ KAPCSOLATRÓL: INTERPRETATÍV  
FENOMENOLÓGIAI ANALÍZIS**

**Doktori (PhD) értekezés**

**Székely Zsófia**

**Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta**



**Pécs, 2018**

## TARTALOM

### BEVEZETÉS

1. Problémafelvetés, témaválasztás indoklása.....5
2. A disszertáció felépítése.....6
3. A vajúdás/szülés folyamata.....7

### ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

1. VAJÚDÁS/SZÜLÉS A PSZICHOLÓGIAI DISKURZUSBAN.....10
  - 1.1. A medikális szemlélet hatásai  
a vajúdás/szülés tudományos reprezentációira.....11
  - 1.2. Kritikai pszichológiai szemlélet.....12
  - 1.3. Pszichoanalízis és feminizmus.....13
  - 1.4. Nem-specifikus (gendered) szempontok.....15
2. A VAJÚDÁS/SZÜLÉS INTERDISZCIPLINÁRIS KONTEXTUSBAN.....16
  - 2.1. A szülés körüli segítők.....16
    - 2.1.1. A bábáság történeti dokumentációjának kritikai értelmezése.....17
    - 2.1.2. Dúlák.....18
  - 2.2. Szülési kultúra.....19
  - 2.3. Beavatás – személyiségfejlődés.....21
3. A NŐI TEST TÁRSADALMI ÉS TUDOMÁNYOS REPREZENTÁCIÓI A  
VAJÚDÁS/SZÜLÉS VONATKOZÁSÁBAN
  - 3.1. Test és társadalom.....23
  - 3.2. Az egészség és betegség társadalmi reprezentációi – reproduktív  
egészségpszichológiai szempontok.....25
  - 3.3. A trauma-elméletek jelentősége a vajúdás/szüléssel kapcsolatos tudományos  
diskurzusban.....27
4. GYÓGYÍTÓ KAPCSOLAT A VAJÚDÁS/SZÜLÉS FOLYAMATÁBAN.....29
  - 4.1. A gyógyító kapcsolat fenomenológiai és pszichodinamikus megközelítése.....29
  - 4.2. Pszichoanalitikus metaforák a vajúdás/szülés hermeneutikájában.....30
    - 4.2.1. Ferenczi Sándor hozzájárulása a kurrens pszichoanalitikus elgondolásokhoz.....30
    - 4.2.2. A szülés, mint átmeneti jelenség.....32
    - 4.2.3. A pszichoterápiás kapcsolat, mint metafora.....33
    - 4.2.4. Az anyai erotikus áttétel és viszontáttétel.....34
5. A VAJÚDÁS/SZÜLÉS SORÁN LÉTREJÖVŐ SEGÍTŐ KAPCSOLAT.....37
  - 5.1. Társas támogatás a vajúdás/szülés során.....37
  - 5.2. Másodlagos traumatizáció, kiegészítés.....40

### KUTATÁS

1. A KVALITATÍV STRATÉGIA.....44
  - 1.1. Oral history.....44
  - 1.2. Narratív pszichológia.....45
  - 1.3. A kvalitatív kutatás általános módszertanának főbb vetületei.....45
  - 1.4. Feminista szemléletű kvalitatív kutatás.....46
  - 1.5. A szüléstörténetek jellegzetességei a kvalitatív pszichológiai kutatások tükrében....47
  - 1.6. Kvalitatív kutatásunk pszichoanalitikus és fenomenológiai alapjai.....48

2.	INTERPRETATÍV FENOMENOLÓGIAI ANALÍZIS.....	49
2.1.	Az IPA helye a kvalitatív kutatások között.....	49
2.2.	Az IPA fenomenológiai alapjai.....	50
2.3.	A kutatási elrendezés rövid bemutatása.....	51
3.	KUTATÁSUNK CÉLKITŰZÉSEI.....	51
4.	ELŐKUTATÁSOK.....	52
4.1.	Elő kutatás I.....	52
4.1.1.	Háttér.....	52
4.1.2.	Kutatási kérdések.....	54
4.1.3.	A vizsgálati alaphelyzet.....	54
4.1.4.	A vizsgálatban résztvevő személyek.....	55
4.1.5.	Általános megfigyelések a szülésről szóló beszámolók kapcsán.....	55
4.1.6.	Eredmények összegzése.....	56
4.1.7.	Konklúzió a jelen kutatás szempontjából.....	57
4.2.	Elő kutatás II.....	58
4.2.1.	A tematikus képek kiválasztásának menete.....	58
4.2.2.	Háttér.....	59
4.2.3.	Módszer.....	59
4.2.4.	A vizsgálatban résztvevő személyek.....	60
4.2.5.	Eredmények.....	60
4.2.5.1.	A számszerű eredmények összegzése és értelmezése.....	60
4.2.5.2.	A szöveges értékelések elemzése.....	64
4.2.6.	Konklúzió.....	67
5.	IPA ELEMZÉSEK.....	68
5.1.	KONTEXTUS.....	68
5.1.1.	A kutatás célja.....	68
5.1.2.	Kutatás kérdései.....	68
5.1.3.	Kutatási elrendezés.....	68
5.1.4.	A vizsgálati helyzet.....	69
5.1.4.1.	Tematikus képek értékelése.....	70
5.1.4.2.	Interjú – szüléstörténet és ezzel kapcsolatos témák.....	70
5.1.4.3.	Kiegészítő kérdések.....	71
5.1.5.	Többlépcsős elemzés.....	71
5.1.6.	Vizsgálatban részt vevő személyek.....	72
5.2.	ELSŐ LÉPCSŐ: ESETTANULMÁNY.....	74
5.2.1.	A vizsgálatban résztvevő személy.....	74
5.2.2.	Kutatási elrendezés.....	74
5.2.3.	Az interjúban felmerülő témák.....	75
5.2.4.	„Ilyenkor szoktam remegni” – Az interjúelemzők értelmezései.....	77
5.2.5.	Megvitatás.....	80
5.3.	MÁSODIK LÉPCSŐ: 2 FŐS ELEMZÉS.....	82
5.3.1.	A vizsgálatban résztvevő személyek.....	82
5.3.2.	Kutatási elrendezés.....	83
5.3.3.	Az interjúban felmerülő témák.....	83
5.3.4.	Az interjúelemzők értelmezései.....	83

5.3.5. Megvitatás.....	89
5.4.HARMADIK LÉPCSŐ: 4 FŐS ELEMZÉS.....	93
5.4.1. A vizsgálatban résztvevő személyek.....	93
5.4.2. Kutatási elrendezés.....	94
5.4.3. Az interjúban felmerülő témák.....	94
5.4.4. Az interjúelemzők értelmezései.....	105
5.4.5. Megvitatás.....	109
5.5. NEGYEDIK LÉPCSŐ: 7 FŐS ELEMZÉS.....	112
5.5.1. A vizsgálatban résztvevő személyek.....	112
5.5.2. Kutatási elrendezés.....	112
5.5.3. Az interjúban felmerülő témák:.....	113
5.5.3.1. A segítők közötti viszonyok.....	113
5.5.3.2. Szakmai identitás.....	121
5.5.3.3.A segítség transzperszonális aspektusai.....	125
5.5.4. Az interjúelemzők értelmezései.....	128
5.5.5. Megvitatás.....	131
5.6. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA.....	133
5.6.1. A kibontakozó témák összegzése a teljes kutatási elrendezésre vonatkozóan.....	135
5.6.2. Az interjúelemzők komplex értelmezései a teljes kutatási elrendezésre vonatkozóan.....	137
5.6.3. Megvitatás a teljes kutatási elrendezésre vonatkozóan.....	139
<b>6. DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ.....</b>	<b>143</b>
6.1. Az elméleti részben tárgyalt értelmezési kontextusok a segítő kapcsolatra vonatkozóan.....	143
6.1.1. Az elemzések hermeneutikai szintje.....	146
6.1.2. A vajúdas/szülés kritikai értelmezése.....	148
6.2. A disszertáció új megállapításai és gyakorlati jelentősége.....	150
6.3. A kutatás korlátai.....	152
6.4. Kitekintés.....	153
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	155
FELHASZNÁLT IRODALOM.....	156
<u>AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK.....</u>	<u>174</u>
<u>A DOLGOZATBAN SZEREPLŐ TÁBLÁZATOK LISTÁJA.....</u>	<u>176</u>
<u>MELLÉKLETEK.....</u>	<u>177</u>

## BEVEZETÉS

### **1. Problémafelvetés, témaválasztás indoklása**

A szülésről doktori értekezést írni személyes szüléstörténetek alapján provokatív vállalkozás, ugyanakkor a tudományos igényesség megkívánja a téma interdiszciplináris értelmezését<sup>1</sup>. Az értekezésben a vajúrást/szülés témáját – ezen belül is a szülés körüli segítő kapcsolatot – e tárgyra ritkábban alkalmazott nézőpontok mentén tárgyalom: a pszichoanalitikus és feminista szemléleti kereteket új szemszögből, a kritikai pszichológia álláspontja felől igyekszem feltárni. Kutatásunk ennek megfelelően ezen az elméleti háttéren fogant. A szülészetben régóta kavarr éles vitákat az ellátás személyessége, illetve személytelensége: hogyan tud létrejönni az egészségügy intézményes rendszerében az egyedi bánásmód, személyes jelenlét és gyógyító/segítő kapcsolat? Szükség van-e egyáltalán erre a minőségi jelenlétre? Különböző szakterületek képviselői (szakorvosok, szülésznő, bába, dúla) és laikus segítők (férj vagy más családtag, barát) is részt vesznek a szülés folyamatában, kölcsönös interakciók hálózatában.

A születést – a magzatból újszülötti lét átmenetét – a biológiai és pszichológiai tényezők együttmozgását számtalan kutatás, elméleti és gyakorlati kérdésfeltevéssel vizsgálja (pl. Varga és Suhai-Hodász 2000; Leboyer 2000; Odent 2003; Varga 2011a, 2011b; Varga Andrek és Herczog 2011). Társas kapcsolataink alapvető mintázatának tartott korai anyagyerek kapcsolat alakulásának tudományos feltérképezése is alapos, megjelenik a pszichoanalitikus paradigma, a tárgykapcsolat-elméletek, az anyai funkciók gyermeki személyiségfejlődésre gyakorolt hatásának fókuszja (pl. Andrek 1997; Raphael-Leff 2010; Hidas, Raffai és Vollner 2015). A szülés a nők életét hosszútávon meghatározó komplex esemény; történetét, történéseit egész életünkön át hordozzuk, fejlődési mérföldkönek, azaz fejlődési krízisnek tekintjük (Larkin, P. és mtsai 2009, Hajduska 2010; Kitzinger 2008; Varga és mtsai 2011). A szülés élménye, annak narratívája, mint minden más élettörténeti narratíva, identitás-meghatározó (Péley 2002b; Erős 2004; László 2008).

A gyógyító/segítő kapcsolat élménye ugyanilyen fontos a szaksegítő (szülésznő, bába, dúla) szemszögéből is: a terápiás kapcsolat – jelen összefüggésben segítő kapcsolat – létrehozása és fenntartása a gyógyító készségein, képességein múlik, a kapcsolatban teljes személyével – érzelmeivel, történetével, narratíváival – vesz részt (Csabai, Csörsz és Szili 2009).

Kutatásunkkal a tudományos diskurzusban az utóbbi időben gyarapodó, vajúrást/szülés élményével, fenomenológiájával foglalkozó kvalitatív vizsgálatokhoz csatlakozunk. A

---

<sup>1</sup> „Magyarországon az otthon szülésről írni ma meglehetősen provokatív vállalkozás” (Kisdi 2013b: 11.)

vajúdással/szüléssel kapcsolatos tudományos kutatások elsöprö többsége a medikális szemléletben fogan, és eredményeik is ezt a paradigmát tükrözik vissza (Héjja-Nagy 2014; Dixon, Skinner és Foureur 2013, Armstrong és Feldman 2001). A vizsgálódások témájukat tekintve általában a szülés és születés élményét, a folyamat medikális és bio-pszichoszociális összetevőit taglalják (Varga 2011; Pápay és Rigó 2015). Újabb keletű és kevesebbet kutatott téma a szülés körüli segítők munkájának fókuszba állítása (pl. Lipienné Krémer, Rados, Pálvölgyi, Dió, Mészáros és Soósné Kiss 2016; Gebriné Éles, Takács, Kósa, Heinrichné Kószegi és Lampek 2017; Hunter 2001; Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdóttir és Kirkham 2008; Lundgren és Dahlberg 2002). Az utóbbi időben nyerne teret a holisztikus szemléletű, nők szubjektív élményére vonatkozó kérdésfeltevessel és módszerekkel dolgozó kutatások (pl. Hunter 2006; Kisdí 2015; Kitzinger, C. 2002; Kitzinger, S. 2008). A medikalizált szülészeti gyakorlat az utóbbi harminc évben humanizálódik, de ez a változás még nem vált rendszerszinten általánossá (Novák 2015). A holisztikus szemlélet felé hajló, humanizált szülészeti ellátást intézményekben gyakorló orvosok és szülésznők tapasztalataikon alapuló tudásukat, kutatási eredményeiket ritkán publikálják. A vajúdás/szülés során létrejövö segítő kapcsolat minősége kiemelt jelentőségű a magas szakmai színvonalú ellátás tekintetében, kutatásunk a női segítők élményének kvalitatív vizsgálatával és elemzésével járul hozzá a téma tudományos diskurzushoz. Választott módszerünk, az interpretatív fenomenológiai analízis – IPA, a kvalitatív stratégiák közül is újdonságnak számít, Magyarországon az utóbbi néhány évben indultak el e módszertannal dolgozó kutatások (Rácz és mtsai 2015, 2016). PhD szintű, többlépcsős kutatás tekintetében tudomásunk szerint hazánkban az első ilyen munkát közlöm értekezésemben.

## **2. A disszertáció felépítése**

Az elméleti részben a vajúdás/szülés diskurzusait tudománytörténeti kontextusban mutatom be. A medikalizáció hatásai a vajúdás/szülés tudományos reprezentációit is meghatározzák, ugyanakkor a kultúrantropológiai szempontok beemelésével teljesebb képet kaphatunk a területről. A feminista és pszichoanalitikus diskurzusban az utóbbi időben jelennek meg kutatások és tanulmányok a vajúdás/szüléssel kapcsolatban, az értekezésben megpróbálok mind feminista, mind pszichoanalitikus értelmezésekkel hozzájárulni a szülés körüli segítő kapcsolat átfogóbb megértéséhez. Kitérek a gyógyító kapcsolat, pszichoterápiás helyzet jelen kontextusban releváns tudásanyagára, és lehetséges metaforáira. A test, a betegség, trauma társadalomtudományi narratívái meghatározóak a vajúdás/szülésről, a vajúdo testről való gondolkodásunkban, és hozzá való viszonyunkban, így az elméleti keretek között e

diskurzusok és értelmezéseik is szerepelnek. A társas támogatás kutatásának eredményeit elsősorban a segítő kapcsolatra vonatkoztatva tárgyalom, kitérek az empátia és kiégés témáira is.

A kutatási részben kvalitatív módszerünk, az IPA hermeneutikai, fenomenológiai alapjait, egészségpszichológiai kutatásokban elfoglalt helyét ismertetem. Bemutatom IPA kutatásunkat, az általunk alkalmazott módszereket, eredményeket és az eredmények értékelését. Végezetül összegzem a kutatás korlátait és tanulságait, kitérek disszertáció gyakorlati jelentőségére, és a lehetséges további kutatási irányokra.

### **3. A vajúdás/szülés folyamata**

Az értekezésben a vajúdás/szülés kifejezést használom annak a folyamatnak a jelölésére, melynek során a nő világra hozza gyermekét, és amely során a kutatásunk tárgyát képező segítő folyamat létrejön. A szülés a vajúdás végén következik be, és bár a két folyamat egymástól elválaszthatatlan, mégis más jellegűek, mind biológiai, mind pszichoszociális értelemben, így a két kifejezés közül bármelyik használata leszűkítené a jelentését témánk relevanciája szempontjából.

A következő rövid összefoglalót Héjja-Nagy (2014) leírása nyomán közlöm. Az értekezés szempontjából a vajúdás/szülés természetes lefolyása releváns, így az itt következő leírásban nem térek ki az általában és az esetek nagy többségében előforduló aktív szülésvezetés aktusaira. A medikális protokoll a természetes folyamatba számos ponton rutinszerűen, máskor az aktuális helyzethez igazodva alkalmi jelleggel avatkozik be.

A szülés természetes megindulásának hátterében feltehetően az áll, hogy a magzat mellékveséje kortizol hormont kezd termelni, melynek következtében az anyai szervezetben az ösztrogén hormon túlsúlyba kerül a progeszteron hormonnal szemben, ami méhösszehúzódnásokhoz, majd azok erősödéséhez vezet (Varga és Suhai 2010). A szülés megindulása változatos lehet, fokozatosan erősödő és rendszereződő méhösszehúzódnások, vagy a magzatvíz szivárgása, folyása, vérzés, a nyákdugó érzékelhető távozása, emellett hasmenés, hányás is előfordulhat (Stadelmann 2007). Orvosi szempontból három szakaszra bontják a szülés folyamatát: vajúdási szak, kitolási szak, és lepényi szak, illetve a méhlepény távozását követő két óra elteltéig tartó megfigyelési időt (posztplacentáris szak) is ide veszik (pl. Varga és Suhai 2010; Stadelmann 2007). Az első szakasz, a vajúdás során a méhösszehúzódnások hatására a méhnyak fokozatosan megrövidül, elvékonyodik, majd beleolvadva a méh alakjába, és teljesen eltűnik a méhszáj. Ez a folyamat órákig, néha napokig tart. A vajúdás alszakaszai: előkészítő (vagy látens) fázis, tágulási fázis, és aktív (vagy

intenzív) fázis (Varga és Suhai 2010; Stadelmann 2007). A látens fázis a méhszáj 3 cm-re történő tágulásáig tart (Varga és Suhai 2010), ezt a szakaszt rendszertelenül jelentkező kontrakciók jellemzik, melyek hatására megkezdődik a méhnyak tágulása. A tágulási fázisban a méhszáj 7-8 cm-esre történő kinyílása zajlik (Stadelmann 2007). A következő, aktív vagy intenzív fázis, melyben a legerősebbek és legsűrűbbek a méhösszehúzódnások, végére a méhszáj egészen eltűnik (10-11 cm-re nyílik). Spontán módon legtöbbször ekkor reped meg a magzatburok is. A magzat eközben halad az anyaméhől a medencébe: koponyájának legnagyobb átmérőjű részével a kitolási szak kezdetére áthalad a medence bemenetén. A kitolási szakban – melynek időtartama változatos lehet, de átlagosan kb. 30-60 perc – az erőteljes méhösszehúzódnások és a reflexes, illetve akaratlagos hasprés hatására a magzat koponyája elindul a méhből, fokról fokra halad át a medence üregén, majd a szülőcsatornán, kidomborítja a gátat, amely egyre jobban elvékonyodik és kifeszül, majd kigördül a hüvelynyílásból (Varga és Suhai 2010). A lepényi szak a méhlepény (magzatburokkal együtt történő) megszületésének időszaka. Ez a méhlepény elöregedése, valamint az oxitocin termelődés okozta méhösszehúzódnások hatására indul meg, melyet az újszülött születése után közvetlenül mellre helyezése, szoptatása nagymértékben elősegít. Ez az újszülöttel való első találkozás időszaka, az 'aranyóra' (Andrek 1997; Nyitrai 2011; Enkin Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett és Hofmeyr 2013; Varga és Suhai 2010). Ugyanakkor a vajúdás/szülés folyamatának fázisai viselkedéses jegyekből beazonosíthatók (Stadelmann 2007; Dixon, Skinner és Foureur 2013; Duff 2005). A vajúdás látens (korai) szakaszában a vajúdo nő viselkedése a hétköznapihoz hasonlít, szabadon mozog, beszélget, intézkedik. Izgatottság, öröm, esetleg szorongás figyelhető meg (Duff 2005): A kontrakciók erősödésével, az aktív fázisban a vajúdo nő egyre inkább befelé fordul, koncentrált, a külvilággal kevésbé lép kapcsolatba, intenzív és változatos érzelmeket él át, és fejez ki (Stadelmann 2007). A vajúdo kerülheti, elutasíthatja az érintést, tekintete a távolba réved, intenzívebbé válnak hangadásai. Az intenzív munka hatására fáradtság léphet fel, két méhösszehúzódnás között akár el is aludhat a vajúdo (Duff 2005).

Az aktív fázis végét, a közvetlenül a szülés előtt időt „transition”-ként (váltás, átváltozás, átmenet) említik (Duff 2005; Burvill 2002). Jellemző, hogy a vajúdo nyugtalan, érzelmileg mélypontra kerül. Ekkor már egészen más tudatállapotban van, elveszítheti valóságérzetét, az akaratlagos kontrollt, nem kommunikál a környezetével, szemét sokszor becsukja (Dixon és mtsai 2013; Burvill 2002; Duff 2005). Hányinger, hányás, reszketés tapasztalható, és megjelenhet félelem, akár pánik is (Duff 2005). Olyan testi-lelki extázissal jár ez a szakasz, amely komoly gátlásokat okozhat, ezáltal megakaszthatja a szülés folyamatát, ha a fizikai és



társas környezetét nem észleli biztonságosnak a vajúdo nő. Az ezután következő kitolás szakaszában újra képes a környezetével kommunikálni a szülő nő, a feladatra, a nyomásra koncentrálni, energikus lesz (Duff 2005).

## ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

### 1. VAJÚDÁS/SZÜLÉS A PSZICHOLÓGIAI DISKURZUSBAN

A technokrata orvosi szemlélet elterjedése és normává válása nem csak a szülészeti ellátás medikalizált működésében tükröződik, hanem a közbeszédben, a nők szülésről és önmagukról alkotott képében, illetve korai szocializációs folyamatokban, a gyermekvállalással és szüléssel kapcsolatos témákban, és a társadalmi elvárásokban is (Varga 2010; Zimmermann 2010)<sup>2</sup>. Azt gondoljuk, hogy a vajúdás, szülés, a női test mechanikusan működik, és kontrollálható, továbbá, hogy az orvosi tudás és technológia megbízhatóbb, mint a természet (Davis-Floyd 1992; Varga és Suhai-Hodász 2010; Kitzinger 2008; Kisdi 2013a, 2013b; Bánfalvi 2003). A modern, intézményesített, és hierarchikusan szervezett szülészeti ellátásban a nők általában kiszolgáltatott helyzetben vannak, a szülés sikerét az orvosnak tulajdonítjuk. Ezzel a szemlélettel természetesen az orvosok is azonosulnak. Az orvosnak végső soron mindig is az a feladata: beavatkozzon, ha baj van. A nem-beavatkozás (a vajúdás esetében pl. türelmes várakozás) orvosi szempontból nagyobb hibának számít, mint egy elsietett, vagy biztonsági célokat szolgáló beavatkozás (Pikó 2005; Kitzinger 2008).

Ugyanakkor a szülés – születés szembesít minket azzal is, hogy élet és halál fölött nem mindig van befolyása az embernek – és végső soron ez is egy kontrollálhatatlan, életveszélyes természeti folyamat, mely azonban mégis érzékeny kapcsolatban van a körülötte zajló eseményekkel. A születésben mindig benne rejlik a halál lehetősége is, a kontrollvesztettség, teljes kiszolgáltatottság állapota, az elképzelhetetlen mértékű megnyílás (mind testi, mind lelki értelemben), és e képzetekhez kapcsolódó archaikus szorongások, halálfélelem asszociálódik (Geréb 2010; Molnár és Frigyes 2012; Müller 2010). A folyamatot irányítani igyekvő, aktívan beavatkozó orvos (kórházi személyzet) azt az üzenetet közvetíti, hogy van eszköze teljes biztonságot létrehozni, ezáltal elűzni a halált, és a halálfélelemet. A belső kétségek nyomására gyakran előfordul, hogy a felelősség áthárítására kerül sor, ebben a folyamatban a medikalizált környezet, az orvosi tudás elérhetősége katalizátorként működhet közre (Pikó 2005; Raphael-Leff 2010; Bánfalvi 2003). A vajúdás, szülés nem választható el a társas környezetétől sem, a szülés körüli segítők (orvos, szülésznő, bába, dűla, férj, és így tovább) hatással vannak a vajúdóra, pusztán jelenlétükkel vagy hiányukkal is részesei az

---

<sup>2</sup> Lásd pl. az *Elfeledett szülés – szülés és anyaság a reprodukciós diskurzusban* c. szakmai nap összefoglalóját: [http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender\\_kiadvany\\_honlapra.pdf](http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender_kiadvany_honlapra.pdf)

eseményeknek (Varga és Suhai 2010; Soltész, Rigó és Pápay 2015). A szülés egyik legáltalánosabb meghatározó tényezője a segítő kapcsolat, amelyben létrejön, ez pedig kikerülhetetlenül magával hozza az egymásra hangolódás és a kommunikáció vizsgálatának szükségességét is. A reprodukív egészségpszichológia és a pszichoszomatikus orvoslás is felismeri e terület jelentőségét (Soltész és mtsai 2015; Szeverényi és Forgács 1994; Forgács, Németh, Márton, Szeverényi és Kákonyi 2000; C. Molnár, Füredi és Papp 2006). A nő számára pozitív szülésélmény egyetlen szignifikáns befolyásoló tényezője a bábába vetett bizalom élménye volt (Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund és Andolf 2011; Varga 2015). A szülés mellett tartózkodó segítők teljes jelenlétükben vannak megszólítva: szaktudásuk mellett gondolkodásuk, érzelmeik, képességeik, saját történetük is involválódhat – ugyanakkor az együttes élmény testi szinten is hat: a kisbaba megszületésekor kipattanó boldogság, katarzis élménye, és ennek hormonális hátterét biztosító oxitocin-rendszer a segítőkben is „függőséget, kötődést” okozhatnak (Geréb 2010; Stadelmann 2007; Gaskin 2011). A medikalizált környezetben zajló szülés mellett segítők számára sokszor túlzónak, lehetetlennek tűnhet a fentebb leírt teljes testi-lelki jelenlét megvalósítása. A kórházi protokoll nem tudja figyelembe venni az egyéni különbségeket, nem teremt lehetőséget a személyes kapcsolódásra, az intimitás megélésére. E működésmód vesztesei nem csak a szülő nők, de a segítők is, akik legalább két ellentétes elvárás (a vajúdo nő „elhívása” és a teljesítményorientált kórházi protokoll, a felettesek) között őrlődnek rendszeresen. A szorított helyzetből való kilépés, a bevonódás megtagadása, a másik személy érzelmi eltávolítása, tárgyiasítása, vagyis végső soron az elsődleges, és másodlagos traumatizáció és kiégés előfordulása kiemelt jelentőségű a témát vizsgálni kívánó kutató számára.

### **1.1. A medikális szemlélet hatásai a vajúdas/szülés tudományos reprezentációira**

Az utóbbi pár évtizedben kezdtek el szisztematikusan kutatni a reprodukív egészség pszichés és szociális összetevőit. Az egészség biopszichoszociális modellje (Pápay és Rigó 2015) olyan holisztikus nézőpontot kínál a reprodukcióval kapcsolatos pszichés jelenségek megértésére, mely kitágítja a hagyományos szülészet-nőgyógyászat biológiai-medikális gondolkodását, és lehetővé teszi e folyamatok mélyebb megértését. A vizsgálatok és kutatások eddig egy-egy favorizált részterületre fókuszáltak, míg más területeket teljesen elhanyagoltak (Pápay és Rigó 2015). Jelenleg a tudományos kutatások jelentős része a szülés élményét vizsgálja, mind az anya, mind a magzat/újszülött szempontjából, hiszen az anya és a magzat/újszülött élménye nem választható el egymástól (Varga 2015; Kovácsné Török 2009). Fontos kutatási irány a vajúdas/szülés során zajló hormonális változások pszicho-erotív

hatásmechanizmusainak vizsgálata (Varga 2009, 2011a, 2011b). Jelenleg egyfajta szemléletváltás figyelhető meg: egyre szaporodnak a vajúzó/szülő nő saját, akár szubjektív szempontjai mentén vizsgálódó, feminista szemléletű és módszertanú kutatások, többek között ilyen az anyák szubjektív szülés-élményének vizsgálata (pl. Héjja-Nagy 2014; Járfás, Lipienné Krémer és Hoyer 2015; Rados és Mészáros 2017; Szénási, Lipienné Krémer és Mészáros 2013). Az anya-magzat/újszülött kötődését tárgyaló kutatásoknak is nagy hagyománya van (Andrek, Hadházi és Kekecs 2015; Hadházi 2000). A szülés körül létrejövő segítő kapcsolat kutatása viszonylag újkeletű, elsősorban az anyák és a család szemszögéből tesznek fel kérdéseket a kutatók (pl. Soltész és mtsai 2015; Varró 2015; Sallay, Martos és Hegyi 2015; Bóné és Biró 2015). Az egészségügyi szakdolgozók érzelmi munkájával, kiégéssel, az ellátás színvonalasságával kapcsolatos kutatások mellett (pl. Pikó 2005; Kovács 2006; Fülöp 2015; Hunter 2001; Gebriné Éles, Takács, Kósa, Heinrichné Kőszegi és Lampek 2017; Lipienné Krémer 2016); az utóbbi években, a nemzetközi szakirodalomban teret kapott a kifejezetten szülés körüli segítő élményeivel foglalkozó kvalitatív kutatások sora is (pl. Hunter 2006; Yoshida és Sandall 2013; Lundgren és Dahlberg 2002).

## **1.2. Kritikai pszichológiai szemlélet**

„Talán nincs még egy medikalizált terület, ahol ennyire rejtetté vált volna maga a medikalizáltság. Az emberek nagy részének teljesen természetesnek tűnik, hogy a szülés „orvosi probléma”, a szülés medikális kontrollja pedig a társadalmi és kulturális fejlettség egy fontos jele” (Bánfalvi 2003). Ez a kijelentés a tudományos, és ezen belül a pszichológiai diskurzusokra is igaz, nem csak a közbeszéd szintjén. A vajúzás/szülés különböző szemléletű diskurzusai között igen csekély az átjárás. Sem szemléletben, sem a gyakorlat színterein nem tudják összeegyeztetni a szakemberek különböző meggyőződéseiket (Varró 2015). A medikális diskurzus szinte teljes egészében kirekeszti a holisztikus, vajúzó/szülő nő szempontjait egészlegességében szemlélő megközelítéseket, a pszichológiai aspektusok egy konkrét kérdéskörre szűkítve jelennek csak meg (pl. Szénási és mtsai 2013; Rados és Mészáros 2017). A medikális (más szerzők szerint technokrata) és holisztikus szülési kultúra emberképe, fogalmi rendszerei, megoldási javaslatai gyökeresen különböznek, és ezek a különbségek nem csak a mindennapi gyakorlatban, hanem a tudományos kutatásokban, kérdésfeltevésekben és eredményekben is reprezentáltak (Davis-Floyd 1992; Kisdi 2013; Novák 2015). Az emberi jogok közül a szexuális reprodukciós jogok területén a leginkább védtelenek a nők, ugyanakkor ennek szülészeti vetülete, a szülészeti erőszak mind társadalmi, mind egyéni szinteken tabu-témának számít (Herman 2011; Kitzinger 2008; Zimmermann

2010; Varró 2015). A magyar szakmai diskurzusban és közbeszédben jelenleg az otthon szülés a kórházi szüléssel szembeni vita általában kikerülhetetlen. Kritikai nézőpontból szemlélve, ez a problematika hívja fel a figyelmet arra, hogy tarthatatlan állapotok uralkodnak a jelenlegi intézményes szülészeti ellátásban; hogy a nőközpontú, személyre szabott, és folyamatosságra törekvő ellátás az ajánlások ellenére a gyakorlatban alig-alig valósul meg (Varró 2015; Novák 2015; Kisdi 2013; Vincze és Lipienné Krémer 2016). A kritikai pszichológia az itt és most zajló pszichés jelenségekre reagál, társadalmi kontextusában és interdiszciplináris összefüggéseiben is értelmezi önmagát és a kutatott témákat is (Csabai 2003; Máriási és Vida 2015). Ebben a szemléletben a hatalom, és a hatalom egyenlőtlen eloszlása kerül fókuszba, és nyíltan vállalható olyan társadalmi csoportok tudományos igényű támogatása, melyek a többségi társadalommal szemben küzdenek elismertségükért. Értekezésemben, más elgondolások mellett, kritikai pszichológiai szempontok szerint is megvizsgálom a vajúdas/szülés tudományos és hétköznapi diskurzusait. Kutatásunkban a megkérdezett személyek élő tapasztalataira vagyunk kíváncsiak, ezek a tapasztalatok összeköthetők a társadalmi valósággal, melyre a legtöbb interjúban explicit módon reflektálnak is a megkérdezettek. Így a kritikai pszichológiai szemléleti keretben a kutató is rákényszerül, tudományos igényű reflexiókat és értelmezéseket fűzzen a személyes tapasztalatokból és a „környezet aktuális hullámveréseiből” fakadó összefüggésekhez (Máriási és Vida 2015).

### **1.3. Pszichoanalízis és feminizmus**

Bár a feminizmus nem egységes fogalom, elsősorban társadalmi, politikai mozgalomra, irányzatra, ideológiára gondolhatunk (Örlösy 1996). A nyugati feminizmus Magyarországon „államosított feminizmusként” jelent meg a szocialista korszakban, ami a nők munkához való jogáról szóló retorikát jelentette (Kisdi 2013a). Általánosságban elmondható, hogy a nők felszabadítása, a női jogok kivívása (pl. szavazati jog, fogamzásgátlás, abortusz, egyenlő bérezés), a patriarchális értékrend szimbolikus legyőzése asszociálódik a feminizmus szóhoz (Örlösy 1996). A feminista megközelítés szerint sem a biológiai adottságok, sem a társadalmi konstrukciók nem lehetnek alapjai semmilyen megkülönböztetésnek, a nő azért rendelkezik emberi jogokkal, mert ember, önmeghatározásához nem szükségesek sem a biológiai adottságok, sem a társadalmi konstrukciók definíciói. Az akadémiai feminizmus Amerikában és Nyugat-Európában a kilencvenes évek közepére az egyetemeken, tudományos rendezvényeken, konferenciákon is megjelent. A 'women's studies' új, önálló tudományos paradigmává alakult. A kutatások helyszínén például az irodalom, nyelvészet, történelem főbb problémáival, történetével foglalkoztak, ezáltal a nők szemszögéből világitva meg a

kérdéseket (Örlösy 1996). A feminista kutatók számára még mindig kihívás az általuk képviselt nézőpont szerves beépítése a hagyományos, mainstream irányzatokba, tudományos paradigmákba, kutatási tervezetekbe. A pszichoanalízis feminista kritikájáról és a pszichoanalízis és feminizmus lehetséges együttműködési területeiről közöl szemelvényeket Csabai és Erős (1997).

Ugyanakkor, kritikai értelmezések szerint a feminizmus nem nyert még teret általánosságban, a hagyományos patriarchális értékrend még mindig nagyon erősen meghatározza a gondolkodásunkat. Mind a tradicionális, mind a modern nőiségre vonatkozó felfogás valamiképpen alacsonyabb rendűnek tekinti a nőt a férfinál (Bánfalvi 2002a, 2002b).

A várandósság és szülés tematikájában, ahol a várandós, vajúdó, szülő test értelemszerűen előtérbe kerül, könnyen ellentmondásba keveredhetünk az ösztönösség, testiség és az öntudatos, joggyakorló felnőtt nő megélésében. Egy patriarchális társadalomban (még ha ez a társadalmi berendezkedés ingadozni látszik is), ahol a legfőbb téma, hogy milyen a teste a nőnek, hogy „hol a helye”, „milyen a jó anya”, „hogyan egyeztetni össze a családot és a karriert”, a vajúdásnak, szülésnek való önátadás igen kockázatosnak tűnhet (Chodorow 2003). A kultúrával szemben a természet megtestesítője a nő, a zabolátlan természeti jellemzőket pedig a szexualitás képviseli, folyamatosan a regresszió veszélyével fenyegetve az „eszes lényt”. Az ész és a tudás azonban a férfi jellemzője, a nő negatív megkülönböztető jegye éppen az, hogy „lényege szerint érzelmi és nem intellektuális lény” (Bánfalvi 2002a). A természet (és ezáltal a nő) alávetettségét az észnek (és ezáltal a férfinak) gyakran mindkét nem elfogadja, az élet számos színterén alapvető tudásnak, akár értéknek is tekinti. Mitchell szerint a tudattalan a kulturális és/vagy ideológiai reprodukció terepe, Freud gondolatait pedig a patriarchátus egyfajta értelmezésének: az elnyomó, zsarnoki érték- és hiedelemrendszer internalizációjának tekinti (Mitchell 1974). A köztudatban és a hétköznapi diskurzusban sokszor félreértelmezik a feminizmus fogalmát, és szembeállítják az anyaságot a független (ti. feminista) nő sztereotípiájával. Ugyanakkor a természettől eltávolodva a szülés felszabadító, beavató, személyiségfejlesztő hatásától is megfoszthatjuk magunkat. Éppen ezért nevezem feminista paradoxonnak ezt a helyzetet. Ha azonban a két minőségre egyenrangú entitásokként tekintünk, feloldódik a különbözőségekből fakadó konfliktusok nagy része, és a maga a paradoxon is – legalábbis elméleti síkon.

Továbbmenve ezen a gondolatmeneten, ha elfogadjuk, hogy a női testet a tudás felügyelete alá kell helyezni, akkor erre a feladatra a „test ismeretében legjártasabb szakma”, a medicina kap felhatalmazást. A nő nemcsak zabolátlan természete miatt lesz a medikális felügyelet

„tárgya”, de legtöbbször hozzá sem férhet, és bele sem szólhat a férfiak által róla folytatott diskurzusba” (Bánfalvi 2002; Pálfi 2009).

#### **1.4. Nem-specifikus (gendered) szempontok**

Az anyaság és a nőiség fogalma a patriarchális társadalmakban hagyományosan összefonódik (Kende 2002a, 2002b). A két fogalom kölcsönösen definiálja egymást, így determinisztikusak. Az anyaságnak univerzális, veleszületett jellegét hangsúlyozza ez a megközelítés. A relativisztikus megközelítések a szociális konstrukciók, a környezeti kontextus szerepét hangsúlyozzák (Kende 2002a, 2002b). A személyes hitrendszerek – a nő szerepével és attribútumaival kapcsolatban is – társadalmi hitrendszerekhez igazodnak, melyek a vajúdás/szülés esetében nem az egyéni női tapasztalatokból (melyeket gyakran elhallgattat, lényegtelennek tart a medikális szemlélet), hanem a férfidominanciára és az abszolút orvosi tekintélyre épülő ideálképből táplálkozik (Kisdi 2012; Wolf 2001; Linder-Sandifer 2002; Kende 2002a). Gyakran előfordul, hogy a nők szabad választási joguk teljes tudatában szeretnének a lehető legkevésbé bevonódni a szülésbe, minél gyorsabban túl lenni rajta, a lehető legkevesebb fájdalommal, vagy legalább gyorsan elfelejteni az egészet. Az a jó, ha meg sem látszik rajtunk, hogy szültünk – ezzel az elvárással számos formában találkozhatunk. Rengetegszer hallani olyan véleményeket kismamáktól, hogy „én erre nem vagyok képes” „vegyék ki belőlem” „ha nem nyomta volna ki belőlem az orvos a gyereket, nem tudom, mi lett volna”. Holott a szülés a maga természetességében igazi sorsfordító esemény is lehet, általa felnőttébb, függetlenebb, önmagához közelebb nő is születhet.

A medikális szemlélet, a technokrata modell alapján szembeállítja a magzat és az anya érdekeit (Kitzinger 2008, Kisdi 2012). A felelősség, kockázatok értékelése és a döntéshozás eszerint a gondolkodásmód szerint az orvos kezében van, az inkompetensnek tekintett vajúdó nő igényeit gyakran a magzat egészségére való hivatkozással utasítják el. Ennek a folyamatnak az egyik következménye, hogy az anya végül „önként lemond” szülési jogainak gyakorlásáról (Varró 2015; Zimmermann 2010).<sup>3</sup> Az alárendeltség a vajúdó/szülő nő pozícióján is tetten érhető: a horizontális („kőmetsző”, azaz hanyatt fekvő, lábakat kengyelben rögzítő) elhelyezkedés kritikai értelmezések szerint a férfi és nő, orvos és páciens hierarchiáját fejezi ki (Kitzinger 2008, Kisdi 2012, Varró 2015).

A szülési fájdalom központi témája a szüléssel kapcsolatos diskurzusnak, ezen belül is az egyik kiemelkedő téma, mely utat talált a feminista szempontok felé is (Armstrong és

---

<sup>3</sup> Elfeledett szülés – szülés és anyaság a reprodukciós diskurzusban  
[http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender\\_kiadvany\\_honlapra.pdf](http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender_kiadvany_honlapra.pdf)

Feldman 2001; Kisdi 2013a; Kitzinger 2008). Kritikai értelmezések szerint a férfi aktív beavatkozó tulajdonságai egyszerűen nem képes elviselni a kívülről elviselhetetlennek látszó fájdalmat, ezért a nők felszabadításának – és a feminizmusnak – az egyik sarkalatos kérdése lett a fájdalom csillapítása, a fájdalommentes szülés kérdése (Armstrong és Feldman 2001; Kitzinger 2008; Kisdi 2013a; Martin 1987). Jellemzően a férfiak által létrehozott és fenntartott (kórházi, technokrata és tekintélyelvű) környezetben jelenik meg elviselhetetlenként a fájdalom, amire aztán legtöbbször gyógyszeres kezelést ajánlanak. Valójában, ha van társ, aki segít elviselni a fájdalmat – tehát nem egyedül és kiszolgáltatva kell megélni – a fájdalom csak az erő megnyilvánulása, a folyamat, ami közelebb visz a gyermek megszületéséhez (Gaskin 2015; Stadelmann 2007; Odent 2003, Buckley 2010a; Sutcliffe 2016; Kisdi 2013a).

## 2. A VAJÚDÁS/SZÜLÉS INTERDISZCIPLINÁRIS KONTEXTUSBAN

### 2.1. A szülés körüli segítők

A szülés kísérése a legtöbb társadalomban bevett szokás, általában a nők, nőrokonok feladata volt (Deáky és Krász 2005). A 18. században alakult ki a szervezett képzéshez kötött, kritériumok alapján működő bábaság rendszere (Vincze és Lipienné Krémer 2016, Deáky és Krász 2005), bár okleveles, cédulás és paraszt-bábák korábban is működtek (Werlingné Forrai 2000; Deáky és Krász 2005). A későbbiek során a szülészeti ellátás intézményesedésével a szülés melletti segédkezés is fokozatosan orvosi feladattá vált (Vincze és Lipienné Krémer 2012; Deáky és Krász 2005). A modern, medikalizált szemléletű társadalomban a szülész-nőgyógyász orvos felelőssége a szülés levezetése, a mellettük dolgozó szülésznők önálló szülésvezetésre alkalmasak felsőfokú végzettségük alapján, ugyanakkor a kórházban megszokott tekintélyelvű berendezkedés és működésmód miatt erre nem mindig kerül sor (Kisdi 2012; Varró 2015). Jellemző, hogy a szülész-nőgyógyász orvosok kb. 90% férfi (Szeverényi, Török és Forgács 2006). Az 1950-es évek végén végképp betiltották az otthoni szüléseket, és felállították a szülőotthonokat (Borbély 2011; Novák 2015; Deáky és Krász 2005; Varga és Suhai 2010). 2005-ben szűnt meg az utolsó szülőotthon, mely egyfajta átmenetet képezett az otthoni és a kórházi körülmények között (Vincze és Lipienné Krémer 2012). Magyarországon 1990-es évektől kezdődően félig legálisan lehetett intézményen kívül szülni, majd 2011-ben kormányrendeletben szabályozták az otthoni szülést.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeteken kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól



### **2.1.1. A bábaság történeti dokumentációjának kritikai értelmezése**

A szülés-születés és a halál az ember életének legfontosabb határhelyzetei, ezen életesemények köré mindig is szokások, babonák csoportosultak. A közösségben a gyermek születése mindig közösségi esemény volt, ezekhez óvó-védő rítusok, segítségnyújtást és az egymásra figyelést biztosító szokások tartoztak (Borbély 2011; Deáky és Krász 2005). Az élet döntő, esetleg válságos helyzeteiben a tapasztalt, sokat megélt asszonyok segédkeztek. Itt nem csak az anya vagy a gyermek életéről volt szó, hanem az újszülött olyan attribútumairól is, amelyek által a későbbiek során közösség teljes jogú és értékű tagjává válhatott (Borbély 2011). Az ősi babonák és szokások módosult változatai hagyományként még ma is tovább élnek a szülésről, ahogyan a folyamatot végigkísérő és segítő bába mesterségéről kialakult kép is (Werlingné Forrai 2000; Deáky és Krász 2005; Borbély 2011; Novák 2015; Varga és Suhai 2010; Formanek 2005). A bába szó szláv eredetű, jelentése öregasszony, boszorkány. Hasonló a szó magyar megfelelőjének jelentése is, a néphitben a boszorkányt, gonosz öregasszonyt bábának, vagy vasorrú bábának hívták, akiről népmesék, közmondások szólnak. Egyes értelmezések szerint a régi bába szóhoz inkább negatív konnotációk tartoztak, mint pozitívak, ezért újabban a latin obstetrix (obsono 'közbeszól, hozzászól') kifejezést alkalmazzák az orvosi (medikális) diskurzusban (Borbély 2011). A szülésznő kifejezés a francia sage-femme tükörfordítása (Borbély 2011).

A bábaság történetét az írásos dokumentumok alapján nagyjából a XVIII. századtól tudjuk követni. Ebben az időszakban jellemző volt, hogy a férfi orvosok szerették volna megtanulni a bábáktól a mesterséget, és tanulmányaikat, tapasztalataikat papírra is vetették (Deáky-Krász 2005). A férfiak alkották ebben a korban a diskurzusokat – a nők (így a bábák is) a legritkább esetben voltak írástudók (Pálfi 2009). A kíváncsi (férfi-) orvosok egyre többet szerettek volna megtudni a szülésről, és ezt a bábáktól tanulva teheték meg (Deáky és Krász 2005). Ebben a korban az orvosi diskurzusba bekerülő szövegeket cenzúrázták, és bár a tudásszintek rendkívül különbözőek voltak az „asszonyi gyógyítás” tapasztalati tudása ugyanúgy üldözötté vált, mint a babonaság és kuruzslás (Pálfi 2009). A tiltás és kizárás a hatalmi diskurzus alapvető eszköze (Pálfi 2009; Foucault 1990). A tudományos, orvosi diskurzusból való kizárás hosszas és mindenre kiterjedő folyamat volt, azonban a szülés területe még sokáig „tartotta magát”. Voltak hatalmi törekvések arra is, hogy a szülés melletti segédkezés szerepét férfiak töltsék be, de a bába bizalmi és tapasztalatokon alapuló állás volt, így ez a működés nehezen változott (Pálfi 2009; Deáky és Krász 2005). A bábák olyannyira társadalmilag beágyazottak voltak, hogy kizárásuk sikertelen volt, ehelyett a bábaság fokozatosan az

intézményes keretek közé „szorult” (Pálfi 2009; Deáky és Krász 2005). A tudományos diskurzus alakításából kiszorult, a tájékoztatás és képzés célpontja lett a bába, és általában a nő: saját testi folyamatait illetően is „felvilágosításra szoruló” fél lett (Pálfi 2009; Bánfalvi 2003). Pálfi elemzésének fényében a bába-szülésznő-szülész orvos szóhasználatot (és szerepkört), illetve a hozzájuk kapcsolódó, jelenkori hatással is bíró konnotációkat a hatalmi diskurzus manipulációjaként is értelmezhetjük. Magyarországon a 19. század felétől-végétől, az anyaság és a hozzá kapcsolódó egészségügyi vonatkozások egyszerűen és tisztán orvosi kérdéssé váltak. A szülés és születés redukálódott egy, a hétköznapi életből kiragadott eseményre, egyre inkább steril körülmények között, kórházakban zajlik. Formális kapcsolatok váltották fel a közösségi és személyes kötődéseket. Az önálló bábaság intézménye ezzel párhuzamosan az 50-es évek végére megszűnt. Az intézményekbe „terelt” bábák az orvosnak alárendelt szerepbe kerültek, és szülésznőként, orvos-asszisztensként dolgozhattak tovább. Az 1990-es évektől azonban, Európában és az USA-ban ismét megjelentek a bábák, újraértelmezett szerepben, és ezzel párhuzamosan a bábák által kísért otthoni szülés iránti igény is megnövekedett (Borbély 2011; Novák 2015; Deáky és Krász 2005; Varga és Suhai 2010).

### **2.1.2. Dúlák**

A dúla görög eredetű szó, segítő asszonytársat jelent, aki saját szülési tapasztalattal is rendelkezik. Folyamatos fizikai, érzelmi segítséget nyújt az anyának, és információkkal is ellátja, ha szükséges. Munkáját nem csak a vajúdas/szülés idején, hanem a várandósság alatt és a kisbaba megszületése után is végzi. Vannak ismeretei a szülés természetéről, és tisztában van vele, hogy jelentős életeseemény a nő és a család számára. Fontos feladata megérteni és elfogadni a vajúdos/szülő nő érzelmi szükségleteit, illetve a folyamat alatt végig mellette maradni. Előfordul, hogy a dúla segíti a vajúdos, a partnere és a kórházi segítők közötti kommunikációt, továbbá kiegészíti a partner és a kórházi segítők által nyújtott gondoskodást. A dúla nem helyettesíti az orvost, a szülésznőt vagy a bábát – és a várandósság és a gyermekágy idején a védőnőt sem. A dúlának nem feladata és nem is felelőssége a várandósság, a szülés és a gyermekágy medikális szempontból történő figyelemmel kísérése, így nem végez vizsgálatokat, és nem hoz döntéseket sem. Az 1998-ban életbe lépett egészségügyi törvény szerint a szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdas és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, így elméletileg minden kórházban van lehetőség a dúlával történő szüléskísérésre. A Magyarországi Dúlák Egyesületének (MODULE) állásfoglalása szerint, ahol nincs együttműködés a MODULE és az adott kórház között, ott minden esetben külön megállapodás kérdése, hogy az intézmény

elfogadja-e a dúla jelenlétét az adott szülésnél (forrás: Magyarországi Dúlak Egyesületének Etikai Kódexe, 2012). Dúlak otthoni és kórházi szülések mellett is dolgoznak. Dúla segítségével meg nő az anya biztonság- és kompetencia érzete (Hofmeyr 1991; Klaus és Mtsai 1993; Meyer, Arnold és Pascali-Bonaro 2001).

## **2.2. Szülési kultúra**

A testről való gondolkodásunk kereteit meghatározzák a társadalmi diskurzusok, melyek a testi funkciókat értelmezik. A test kulturális értelmezése és hatalmi pozícióból előírt kezelése a kolonizáció (Kisdi 2012). A (szülész-) orvosi hatalom is egyfajta ellenőrzés, elsődleges célja nem az elnyomás, hanem a beavatkozás, adott témák feletti diskurzus irányítása, a (női) test intézményesített kolonizációja. A premodern, modern és posztmodern szüléskultúrák nem időbeli megkülönböztetéssel válnak elkülöníthetővé, hanem a szülés és születés elvi és gyakorlati hátterét, szemléletmódját meghatározó kultúrától, társadalmi gyakorlattól és szocializációtól függően definiáljuk őket (Davis-Floyd 1992; Kisdi 2012). A modern medikalizált szüléskultúra a nő testén keresztül kísérli meg uralni és szabályozni a természetet (Bánfalvi 2003, Csabai és Erős 2000, Csabai 2003).

A premodern szüléskultúrában jellemzően a társadalmi ellenőrzés informálisan, a közösségen belül zajlik. A szülés női ügyként interpretálódik, a közösségi vagy családi hagyomány gyakorolja a társadalmi ellenőrzést. A férfiakat minden formában kizárják a biológiai folyamatból, a szülés és a női test kulturális felügyelete azonban a férfiak feladata (Borbély 2011; Deáky és Krász 2005; Pálfai 2009). A modern szüléskultúra ezzel szemben erősen medikalizált. A felügyelet itt is a férfiak (orvosok) kezében összpontosul, a folyamat hierarchizált és erősen ritualizált. A szülés sikerét alapvetően az orvosi intézményrendszernek és irányításnak, az orvos tanult tudásának tulajdonítják. Jellemző a technokrata szemléletmód, mely a descartes-i test-lélek osztozásból kiindulva, a testi működéseket mechanikusnak, kontrollálhatónak vagy kontrollálni valónak tartja (Davis-Floyd 1992; Kitzinger 2008; Kisdi 2012, 2013a; Bánfalvi 2002). A szülészetben ez a szemlélet – többek között – a szigorú számadatokkal tarkított protokollban, a megelőző és hibaelhárító beavatkozásokban, a folyamat és a fájdalom gyógyszeres kontrollálásában nyilvánul meg. A posztmodern szüléskultúra ezzel szemben hangsúlyozza a szülő nő tudatos választásának lehetőségét, ugyanakkor a hagyományos és modern tudomány lehetőségeire is támaszkodik, egyfajta szintézisben, holisztikus szemléletmódban látja a vajúrást/szülést. Mint általában a posztmodern, a szüléskultúra is a modern kultúrának való ellentmondással képes meghatározni önmagát, ugyanakkor nem független a modern szemlélettől, magába építi és

meghaladja (Kisdi 2012). Az előbbi kettővel ellentétben nem irányítja, hanem kíséri a szülést. Nem felügyelni szeretné a folyamatot, hanem utat engedni a természetes történéseknek (Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992; Armstrong és Feldman 2001).

A medikalizáció során az orvostudomány olyan életterületekre is kiterjesztette fennhatóságát, ahol korábban nem volt (szülés-születés, halál), ezzel a szemlélettel rajzolja ki a normális és nem normális határait (Bánfalvi 2002; Csabai és Erős 2000; Kisdi 2012). Az orvos(tudomány) képes bepillantani az ember belső világába, orvosi tekintet (Foucault 1990). A szülés és a veszély fogalma a modern orvosi kultúrában szorosan összekapcsolódik (Kitzinger 2008; Kisdi 2012). A posztmodern szüléskultúra legitimációja tudományos jellegű, gyakorlati tapasztalatokon alapuló tudományos eredményekkel érvel ('evidence based medicine'), ugyanakkor ez a szemlélet számon kéri a medikalizált orvosláson és szülészetén, hogy túlzottan tekintélyelvű és szokásrenden alapszik ('expert opinion') (Kitzinger 2008; Kisdi 2012).

Ahogy már korábban kifejtettem (1.4. Nem-specifikus (gendered) szempontok c. fejezet), a fájdalom a vajúdas/szülés diskurzusainak központi témája. A különböző szüléskultúrák eltérően viszonyulnak a szülési fájdalomhoz is. A modern szüléskultúra szerint a fájdalom uralása az orvos feladata, a technokrata szemlélet nem tartja elfogadhatónak a szüléssel járó fájdalmat (Kisdi 2012; Kitzinger 2008; Davis-Floyd 1992). A holisztikus szüléskultúra a fájdalmat elfogadhatónak és elviselhetőnek tartja, „kíséri” a vajúdót abban a folyamatban, ami a fájdalom mentén keletkezik (Gaskin 2011; Stadelmann 2007; Kitzinger 2008; Sutcliffe 2016). A premodern kultúrák különböző rítusokat alkalmaztak a fájdalom enyhítésére, a szülés biztonsága érdekében. Az átmeneti rítusokhoz kapcsolódó szertartások általában a természet uralását hangsúlyozzák, a kiszámíthatatlan természet feletti kontroll érzetének megteremtése céljából – ugyanez a rituális folyamat-szabályozás jellemző a modern szülési kultúrára is (Kitzinger 2008; Kisdi 2012). Kritikus szerzők szerint a kórházi szülés intézményes zaklatásnak minősül: mint ahogy egy fiúkollégiumban, vagy a katonaságnál zajlik: az újoncokat megalázásokkal és fenyegetésekkel törik be az intézmény hatalmi struktúrájába (Kitzinger 2008; Zimmerman 2010). A kórház totalitárius intézmény, rituálékkal és protokollokkal felvértezve azért, hogy minden biztonságosan és ellenőrizhetően működjön a falakon belül (Foucault 1990). A kórházi dolgozók nem tudják elkerülni, hogy alkalmazkodjanak ezekhez a szabályokhoz, hogy ezt a hatalmat szolgálják – az intim és személyes, érzelmileg vezérelt kapcsolatokat felülírják, lehetetlenné teszik – a pontos működés érdekében.

A posztmodern szüléskultúra ezzel szemben a női test dekolonizációjára törekszik, a vajúdas/szülés kulturális értelmezésektől, és az ebből adódó kényszerektől való megszabadítására. A női testet önállóan és működőképesnek tekinti. Az ember és természet kapcsolatát kölcsönös egymásrataltság jellemzi, és a felelős, kompetens öngondoskodást és tudatos felelősségvállalást hangsúlyozza. Eszerint a szülés nem az orvostudomány szolgáltatása, hanem a nő tudatos felkészüléssel megerősített ösztönös tudása. Holisztikus szemléletében a hagyományos és modern tudomány lehetőségeire is támaszkodik (Davis-Floyd 1992; Kisdi 2012).

### **2.3. Beavatás - személyiségfejlődés**

A vajúdas/szülés biológiai természetéből fakadóan elsősorban az anyaságba való beavatást képviseli (Hajduska 2010; Kende 2002; Varga 2015; Davis 2007; Antalfai 2011). Ugyanakkor a személyiségfejlődésben is jelentős szerepet tölt, vagy tölthet be. A termékenységgel kapcsolatos fejlődési krízis egyben lehetőség a női önazonosság megtalálására is, az önmegismerés alapvető forrása (Pinkola Estés 2006; Müller 2010; Gaskin 2011; Davis 2007). A testiségből fakadó női erőnek, az ösztönösnek való ön-átadással járó kiszolgáltatottság viszont nehezen, vagy egyáltalán nem összeegyeztethető a kontroll-képes, cél-orientált, jogait gyakorló tudatos nő képével. A fogantatással kezdve intenzív testi és lelki átrendeződés történik, s már az első pillanattól kezdve megváltozik a realitás-érezék és fokozatosan egyre erősödő módosult tudatállapot jön létre (Varga és Suhai 2010; Molnár és Frigyes 2012; Héjja-Nagy 2014). Ez már önmagában lehet magyarázat arra, miért lehet félelmetes vagy szorongató ez a helyzet sokak számára, különösen, ha a társas környezetük nem támogató és biztonságos. A módosult tudatállapot a várandósság során egyre fokozódik, és a szülésben csúcspontot ér ki – de nem ér véget a szüléssel, megszületéssel, a visszarendeződés még hónapokig tart. A vajúdas/szülés kiemelkedik ebből a folyamatból, hiszen végletes történések zajlanak, de semmiképpen nem választható el a várandósság, és az utána következő gyermekágy, csecsemőkor időszakától. Nagyjából kétszer kilenc hónap az ideje ennek a nagy változásnak, testi-lelki beavatódásnak (Raphael-Leff 2010; Molnár és Frigyes 2012). Bár a vajúdas/szülés a tudatos megismerés számára egyfajta tabu is, érinthetetlen, megragadhatatlan, megfogalmazhatatlan minőség, mégis a nem szokványos tudatállapot létrejötte önmegismerési lehetőségeket rejt (Grof 2008; Davis 2007; Gaskin 2011). Bármennyire is tudatosak és informáltak vagyunk, végül olyan lelkiállapotba érdemes kerülni, melyben elfogadjuk, hogy a szülés során bármi történhet (Davis 2007; Gaskin 2015). A szülés és születés komplex, biomedikálisan, kulturálisan meghatározott pszichoszociális történet, de

egyben olyan, nehezen bejósolható természeti folyamat is, melyre az ember végső soron kevés befolyással van; az élet és halál, kezdet és vég egyszerre jelenik meg a résztvevők élményeiben (Kitzinger 2008; Gaskin 2011, Stadelmann 2007, Molnár és Frigyes 2012; Grof 2008). A születéssel és halállal való szembesülés szinte minden esetben spirituális élmény is, függetlenül attól, hogy szimbolikus formában, vagy valós élethelyzetben tapasztaljuk (Grof 2008; Davis 2007). Spirituális szempontból a bábák szerepét „kapuőrként” is értelmezhetjük, aki nem csak az élet és halál, szülés és születés minőségeit őrzi, hanem a személy számára új megismerés és önmagtapasztalás útját is egyengeti (Davis 2007). Az átmeneti rítusok is a természet uralásáról szólnak eredetileg, és ezen képességeket éppen a szülés, születés, halál kérdőjelezi meg. Antropológiai leírásokból tudjuk, hogy a serdülőkorból a felnőtté válásba vezető átmenetet beavatási rítusok biztosítják, ezen kutatások elsöprő többsége az intézményesített férfiúi beavatásokat írja le a természeti népeknél, melyek általában jól kidolgozott, nyilvános események (Eliade 1999; Péley 2002). A női beavatásról ezzel szemben nagyon keveset tudunk, ez többnyire zárt, és nehezen hozzáférhető – menstruációval és szüléssel kapcsolatos szokásokat foglal magába – de sokszor még beavatásnak sem nevezzük ezeket (Eliade 1999; Péley 2002). Ugyanakkor nehéz figyelmen kívül hagyni a medikális környezet által nem torzított, azaz háborítatlan, természetes szülés pszichológiai szcénájában annak beavatási rítus jellegét (Davis 2007; Gaskin 2011). A vajúdás/szülés sok szempontból egyéni, magányos vállalkozás, „belső út”; mégis – néhány kivételtől eltekintve – a nők a legritkább esetben szülnek valóban egyedül, a szülés körüli segítők pedig hagyományosan többnyire idősebb, tapasztaltabb, „beavatott” nők; így a nem-specifikus (gendered) együttes élmény, a női közösség tapasztalatához is hozzájuthatnak a vajúdásban/szülésben résztvevők (Gaskin 2011, Stadelmann 2015, Buckley 2010b; Davis 2007). Számos beszámolót találunk spirituális élményekkel járó, és extatikus szülésekről, melyek alapját a vajúdás/szülés hormonális folyamatai adják (Buckley 2010b, Gaskin 2011, Schwartz 2014; Littlejohn 2011). Egyes tapasztalt bábák orgazmussal járó szülésekről számolnak be, amely felvetés egyrészt megerősíti a vajúdás/szülés szexualitással összefüggő, transzformatív és transzperszonális jellegét; ugyanakkor egyfajta titokként, a titok feltárásaként utalnak rá (Malkemus és Romero 2012; Schwartz 2014; Kitzinger 2012; Pascali-Bonaro és Davis 2011; Pappas 2013). Más szerzők a vajúdás/szülés közben átélt orgazmus fájdalomcsillapító hatásáról értekeznek (Mayberry és Daniel 2016).

Ez az egyszerű kifejezés: „elment szülni” sok mindent elárul, milyen társadalmi és szociális konstrukciók állnak a szülésről és anyaságról alkotott diskurzus háttérében. A közfelfogás szerint – mely nagyrészt a patriarchális nézőpontot képviseli – a szülés és a kisgyermekes

időszak elvon, kivon, eltávolít valamitől, és ha már beleestünk, minél hamarabb túl kell lenni rajta – mert lemaradunk valamiről. Ha nem is lemaradunk, de a munkát majd ott kell folytatnunk, ahol abbahagytuk, mintha mi sem történt volna bennünk. Ugyanakkor, az analitikus pszichológiai nézőpont szerint minden egyes nő várandósságában megjelenik az „archaikus anya”, ez pedig gyakran szorongást kelt (Raphael-Leff 2010; Neumann 2005; Antalfai 2011; Davis 2007; Pinkola-Estés 2006). A nő inherens teremtő ereje éles ellentmondásban áll a védelemre szoruló, kiszolgáltatott nő képével. A női önzonosság sokszor a férfiassághoz képest – azzal szemben, vagy ahhoz viszonyulva – értelmeződik, nem autentikus, egyéni útkeresésként. Ugyanakkor az ’elment szülni’ megfosztó konnotációkkal járó jelentése átfordítható az ’elment világgá’ gazdagító és értékes értelmezésébe is: a népmesei leány meggazdagodva, kincsekkel megrakodva, értékes tudással térhet vissza otthonába (erre példa lehet Holle anyó, Világszép Vaszilisa, Hamupipőke története: Antalfai 2011; Davis 2007; Pinkola-Estés 2006). A népmesék hasonló tárgyú kritikai értelmezését adja Kolbenschlag (1999).

A vajúdás/szülés beavatásként, extatikus élményként való megélése jelentős mértékben függ a társadalmi – történeti kontextustól is, a vajúdo/szülő nő közvetlen környezetének jellemzőitől, a segítők elvárásaitól és szemléletétől (Buckley 2010a; Davis 2007; Kitzinger 2012). Ugyanakkor a vajúdo/szülő nő személyes története, élményeihez kapcsolódó narratívái, „pszichés lehetőségei” is meghatározó faktorai a vajúdás/szülés végső interpretációjának.

### 3. A NŐI TEST TÁRSADALMI ÉS TUDOMÁNYOS REPREZENTÁCIÓI A VAJÚDÁS/SZÜLÉS VONATKOZÁSÁBAN

#### 3.1. Test és társadalom

Az emberi test a tudományos kutatások középpontjába került (Lafferton 1997; Csabai 1998; Csabai és Erős 2000). A tudományos érdeklődés beláthatatlanul nagy kutatási területet jelöl ki, így a vizsgálódások szükségszerűen átlépik a különböző diszciplínák határait. A testtel kapcsolatban társadalomtudományi diskurzus is jelen van, hiszen a testről való gondolkodásunk kiemelt jelentőségű a modernitás kérdésfeltevéseiben (Turner 1997, Csabai 1998). Az emberi testről alkotott tudományos elképzelések mindig az adott korszak termékei, a test mindig magán viseli a társadalom félelmeit és vágyait. A modern ember intim szférájába folyamatosan behatolnak a hatalmi technikák, az intézményrendszer révén ágyazódik a társadalomba a test (Lafferton 1997). A test szociokulturális termék, ugyanakkor belső pszichés tartalmak közvetítője is (Csabai 1997; Csabai és Erős 2000). A test

értelmezhető „felszín”-ként is, melyre a hatalom ráírja történeteit. Nem gondolatok vagy ideológiák által ellenőrzi a teste, hanem a testi működéseket és funkciókat felügyeli (Csabai 1998; Foucault 1996). A test felépítéséről és működéséről a nyugati világ a tudomány és a technika világból kölcsönöz magyarázó elveket és fogalmakat, a test, mint gép jelenik meg. A dualista emberkép (test és lélek, anyag elsődleges a szellemmel szemben) még mindig nagyon erősen jelen van a tudományos és a hétköznapi diskurzusainkban, szocializációs folyamatainkban (Kitzinger 2008; Csabai 1998; Csabai és Erős 2000). Ez a konstrukció megfosztja a testet szociális és kulturális kontextusaitól, és azt a hitrendszert táplálja, miszerint a test kiszámítható, kontrollálható, törvényszerűségek uralják. Továbbá a test elveszíti individualitását, egyediségét is. A test eszköz a hatalom számára, a büntetés célpontja pedig – a dualista szemléletet alkalmazva – a lélek. A test korlátozásával a lélek szenved, a test és a lélek egyszerre büntethető, a „lélek válik a test börtönévé” (Lafferton, 1997; Foucault 1990). Az orvosi hatalom is egyfajta ellenőrzés, elsődleges célja nem az elnyomás, hanem a beavatkozás, adott témák feletti diskurzus irányítása, a test intézményesített kolonizációja. Foucault a medikalizációt ’fegyelmező hatalomként’ írja le, ami olyan társadalmi modell, mely fegyelmezi az egyént, hogy igazodjon a társadalmi célokhoz. Személytelenség, és hálózatosság jellemzi, nem feltétlenül kötődik egyetlen, hatalmi pozícióban levő személyhez (Foucault 1990; Kisdi 2012; Bánfalvi 2002).

A testtel kapcsolatos társadalomtudományos diskurzus egyik kiemelkedő kérdése a határok kérdése (Csabai 1998, 2004, 2007). A „test, mint gép” metafora értelmezhető úgy is, mint egyfajta törekvés a test szabályozására, ami mögött a test káoszra való hajlamától való szorongás áll (Turner 1997; Csabai 1998). Ezt a felfogást tovább árnyalják a női testről alkotott elképzelések, melyek jórészt a nemi viszonyok felfogásának függvényei (Csabai és Erős 2000; Bánfalvi 2001). Eszerint a nő a természeti, a férfi a szellemi (kulturális) lény. A nő teste hiányos férfitest, melyet sokféle teremtéstörténet magyaráz. A rosszul működő testet a férfi tartja karban, javíthatja, működésének keretét szab; ugyanakkor a női test uralása gazdasági kérdés is, a természet fölött gyakorolt uralmi kényszer tükré is (Csabai és Erős 2000; Bánfalvi 2001; Kisdi 2012). A kontrollál(hat)atlan impulzusok, vágyak, a bekebelezés hagyományosan a női testtel kapcsolatos, a nő testének működésével hoztuk mindig is összefüggésbe (Csabai és Erős 2000; Bánfalvi 2001). A nő éhes és vágyakozik: a testi spontaneitás különböző formái általános kulturális metaforaként determinálják a „nőies” fogalmát. A patriarchális hatalom a fegyelmezetlen, formátlan, vagy folyton változó formájú női testet uralma alá hajtja (Csabai 1998; Bánfalvi 2002a, 2002b; Kitzinger 2008; Kisdi 2015). Egyes szerzők pedig kifejezetten ’terra incognita’-ként utalnak – a tudattalan és maga a



pszichoanalízis metaforájaként is – a női testre, ami arra enged következtetni, hogy meghódítandó, „civilizálatlan” zabolátlan, vad terület (Bánfalvi 2001).

### **3.2. Az egészség és a betegség társadalmi reprezentációi – reprodukív egészségpszichológiai szempontok**

A medikalizáció folyamata az egészségről és a betegségről alkotott felfogásunkat is alakítja, ugyanakkor a beteg perspektívája és szempontjai „halványak” a tudományossággal szemben (Pikó 2005; Bánfalvi 2017). Kritikai értelmezések szerint a medikalizáció igen erőteljes az ember reprodukív folyamatainak területén, ugyanakkor éppen itt jelentkeznek a legerőteljesebben a demedikalizáló törekvések is (Bánfalvi 2003; Pápay és Rigó 2015; Pikó 2005). A reprodukív egészségpszichológia területén a biopszichoszociális modell tágabb kontextusban tudja értelmezni a korábban medikális szemléletben bemutatott és kezelt problémákat és betegségeket. Ebben a megközelítésben az egészség nem a betegség hiányát jelenti, hanem a testi – lelki – szociális jóllét állapota, mely megfogalmazás egybeesik a WHO ajánlásával is (Pikó 2005; Pápay és Rigó 2015). Kritikai értelmezések szerint a nőiség társadalmi definíciója leképeződik abban, ahogyan a medicina viszonyul a nőhöz. A vajúadás/szülés pedig az a „konstelláció, amelyben e két probléma esszenciálisan, egy rövid szcenáriumba sűrítve mutatkozik meg” (Bánfalvi 2003).

Az orvosi szakma a 18. századtól kezdve fokozatosan központosult, professzionizálódott, presztízse egyre növekedett, a testről való tudást pedig kisajátította (Lafferton 1997, Foucault 1990, Bánfalvi 2001). A „test mélyére hatoló orvosi tekintet” létrehozta a modern beteget, és engedelmes, ellenőrzés alá vont testeket produkált (Foucault 1990, 1996; Csabai és Erős 2000; Csabai 2004). Saját testünkről alkotott elképzeléseinket és tapasztalatainkat a fegyelmezési módok és társadalmi, hatalmi diskurzusok együttesen alakítják (Lafferton 1997, Csabai és Erős 2000; Kisdí 2012). Mind az orvosok, mint a betegek igénylik a jól körülírható és hatékonyan kezelhető betegségkategóriákat – az orvoslás korlátainak beismerése mindkét fél részéről tűrhetetlen szorongással jár. A nem eléggé bekeretezett betegségek – a test és lélek határán imbolygó tünetek – definícióját külső tényezők befolyásolják. A diagnózisok változásaihoz hozzájárulnak a társadalmi változások, a piaci igények, a fogyasztói értékek (Csabai 2004). A betegség és a nőiség összekapcsolódik a gondolkodásunkban, és a fiatal, kiszolgáltatott női testen jelennek meg az adott kor problémái a legmarkánsabban (Csabai és Erős 2000; Bánfalvi 2001). A hisztéria emblemikus ebből a szempontból – jelenleg az anorexia, stressz-betegségek, neurózis, pszichoszomatikus betegségek töltik be azt a szerepet, amit korábban a hisztéria. A társas konstruktivista megközelítés szerint minden (szakértői)

tudás megkérdőjeleződik, radikális kételkedésben élünk – az egyéni lelki és testi szenvedés egyben társadalmi is (Csabai 2004; Bánfalvi 2006). Az orvossal való találkozás nézőpontjából vizsgálva léteznek „nehéz betegek”, színlelt zavarok. Az orvosok szerint abnormális, ha egy beteg organikus okok nélküli tüneteket produkál (és segítséget kér) (Csabai 2003; 2004). Ugyanakkor a betegségek kialakulásánál nem lehet alábecsülni az utánzás, divatok, elvárásoknak megfelelés szerepét sem. A női betegségekkel kapcsolatos diskurzusok változásainak egyik tanulsága az élettörténeti – integratív nézőpont beemelése a folyamat megértésébe. Ebből a nézőpontból az élettörténeti szöveg szerzője lehet az orvos és a beteg együtt, az orvos feladata a széttöredezett történetek szerkesztése (Csabai 2003; 2004).

A betegségtapasztalat struktúrája fenomenológiai szempontból a trauma-élmény szerkezetének felel meg (Pintér J. N. 2013). Betegség és trauma sokféleképpen kapcsolódik a vajúdas/szülés élményéhez is. A betegségtapasztalat, akármilyen betegségről is legyen szó, határhelyzet. Megjelenik benne a veszteség- és gyász tematikája, ugyanakkor sokszor a már említett traumatizálódás is. A betegségtapasztalat olyan trauma, mely a saját testünk felől érkezik, ezért alapvetően megrendíti az identitást, a testhez való viszonyunkat. A testünk azonban mi magunk vagyunk, ezért a testünket ért traumák közvetlenül befolyásolják identitásunkat is, jelentést tulajdonítunk a betegségnek és betegség- vagy trauma-tapasztalatoknak (Pintér J. N. 2013; Csabai és Molnár 2009; Herman 2008). A vajúdas/szülés esetében, bár sokat hangoztatjuk, hogy egészséges folyamatról van szó, gyakran hasonló testi tapasztalatok formálják az identitást. Ennek oka egyrészt az a határhelyzet (megváltozott tudatállapot) mely élessé teszi a testi érzeteket, a veszteség-élmény szimbolikusan vagy konkrét formában is jelen van; továbbá traumatikus élmények is gyakoriak (Varga és Suhai 2010; Héjja-Nagy 2014; Pintér J. N. 2013). Veszteség-élményként értelmezhető magzat távozása a nő testéből, azaz, a várandósság befejeződése (Stadelmann 2007; Gaskin 2010; Kitzinger 2008). A testi tapasztalatok szélsőséges mivoltára lehetetlen felkészülni, ezért egy medikális szempontból egészséges szülés is lehet traumatikus a vajúdo számára (Varga és Suhai 2010; Kitzinger 2010).

A medikalizált környezetben szinte elkerülhetetlen, hogy az egészséges vajúdo/szülő nő beteg-szerepbe kényszerül, amely önmagában a betegség-tapasztalatot helyezi előtérbe, ugyanakkor a beteg-szereppel járó kompetencia- és döntésképeség elvesztése traumatikus élmény lehet (Varga 2015; Kitzinger 2008; Herman 2010).

A várandósság – vajúdas – szülés elsősorban a medikális szemlélet mentén, az orvos és beteg (vagy egészségügyi dolgozó és páciens) fogalmi rendszerében és viszonyaiban interpretálódik. Az orvosi technológia fejlődése, minden eredménye mellett, a kórházi

vajúdás/szülés elgépiesedését, elszemélytelenedését hozta magával; ugyanakkor általános jellemzője, hogy kiszámíthatatlan, milyen ellátásban részesül a vajúzó-szülő nő (Soltész és mtsai, 2015; Varga és mtsai 2011). Mindemellett tudományos és köznapri értelemben sem tartjuk betegségnek az élettani vajúást és szúlést; és nem tartjuk betegnek vagy páciensnek a várandós – vajúzó – szúló nőt (Pápay és Soltész 2015). A szúlés a nő számára komplex és egyedi élmény, mely szoros összefüggésben van a „jó minőségű” szúléssel, és a szúlető újszúlot pozitív élményével (Larkin, P. és mtsai 2009; Varga 2015). Az eddigi kutatások alapján a pozitív szúléselmény létrejötté leginkább a szúlést kísérő személyhez (itt: bábához) kötődő bizalom kialakulásával mutat szignifikáns összefüggést (Larsson és mtsai 2011; Varga, 2015).

### **3.3. A trauma-elméletek jelentősége a vajúzó/szúléssel kapcsolatos tudományos diskurzusban**

A pszichés trauma mindig is a pszichoanalitikus diskurzus egyik fő témája volt, és kulcsszerepet játszik a pszichiátria, a klinikai pszichológia és a pszichoanalízis fejlődésében is (Erős 2007), mára már jelentős szakirodalommal. A trauma fogalmának tudománytörténeti változásairól kimerítő összefoglalót ad például Gajdos (2015). Kifejezetten a poszttraumás stresszbetegség (PTSD) pszichoanalitikus vonatkozásait tárgyalja Csuhai (2003), az emlékezés és narratív konstrukciók viszonyát Lénárd (2007), a traumaelmélet változásait Alpar (2006) és Herman (2011) – a teljesség igénye nélkül említve néhány összefoglaló forrást.

A trauma eredeti jelentése (görög: 'sérülés') a folytonosság-hiányra utal, és medikális kontextusban a balesetek okozta fizikai sérüléseket értjük alatta (Erős 2007; Herman 2011). A pszichés trauma fogalmát tágabban bármiféle hirtelen lelki megrázkódtatással hozzuk összefüggésbe. A trauma fogalma nem csak a tudományos diskurzusban, de a mindennapjainkban is általánossá vált, így bizonyos értelemben devalválódott (Erős 2007; Csabai 2007; Bánfalvi 2006). Ez a diskurzív folyamat felveti azt a kérdést, hogy ki dönti el, mi a trauma, mi számít traumának, és mi nem? Értekezésemben a különböző definíciók közül az élmény átélőjének szempontját hangsúlyozó fogalmi meghatározással dolgozom: az a traumatikus, amit annak élünk meg (Csuhai 2003). A traumatikus esemény az egyén számára nem feltétlenül azért esik kívül a mindennapi tapasztalati mezőjén, mert ritkán fordul elő, hanem mert meghaladja az átlagos megküzdési képességeit (Herman 2011). Szélsőséges tehetetlenséggel, intenzív félelemmel és kiszolgáltatottsággal járó élmény ez, mely kontrollvesztéssel és a megsemmisüléssel fenyegeti az egyént (Herman 2011).

A trauma, mint identitás-narratívum, a személyes élettörténetet, így a szüléstörténetet is meghatározó, sajátos pszichés eseményként kerül előtérbe. A vajúdás/szülés dinamikájának egyik releváns fókuszpontja az esetleges korábbi traumák megjelenése, azaz a jelen történet (maga a vajúdás/szülés) felül-, vagy átíródása egy korábbi narratíva által (Kitzinger 2008). A vajúdás/szülés folyamatának traumatikussá válása azonban a jelenben is megtörténhet, maga a szülés is lehet traumatikus, még ha külső megfigyelő számára ez követhetetlen is.

Ferenczi Sándor munkássága számos ponton hozzájárult a traumáról alkotott modern elméleteinkhez – ő a váratlan megrázkódtatást tartja a trauma központi elemének. A váratlanság nem feltétlenül objektív külső eseményt jelent, hanem a gyermek más(ok)ba vetett feltétlen bizalmának váratlan, feldolgozhatatlan széttöredezését. A trauma utáni állapot regresszióval és a személyiség hasadásával jár: a traumatikus progresszió során kialakul egy koraérett személyiségrészt, mely a túlélésért felel, miközben a regresszív rész lehasad (1933/1971). Ez a töredezettség nem csak a személyiséget jellemzi, hanem az élmények szerveződését, az emlékek felidézését is. A poszt-traumatikus állapot az elszenvedő személyiségre, kognitív és testi funkcióira is hatással van. A trauma mindent átható jellegzetességét jól mutatja az „összetört szimbólum” jelző, mely Ábrahám Miklóstól származik (Ritter 2006; Bonomi és Rand 1999). Ábrahám hangsúlyozza, hogy vannak olyan traumák, melyek az élettörténetben „megannyi lyukakat képeznek az időben”, szétrombolják az egységes identitás-narratívát, és megfoghatatlan „fantomként” vannak hatással a személyre (Ritter 2006).

A test és a fájdalom fenomenológiájában a testünk nem a miénk, nem a birtokunkban van, hanem egyként létezzük vele – ez a megélt test. A testem én magam vagyok, test és szelf egy. Testrészeink működése, a tárgyak használata – és ezáltal a testünk használata egyben jelzői is a testünk létezésének (Pintér J. N. 2013). A fájdalom nem csak testi tapasztalat, átírja az individuum egészét: elsősorban nyelv-előtti állapotot idéz elő, másodsorban – ugyancsak a „megfogalmazhatatlan” élmény által – elszigetel, mind a külső, mind a belső tárgyainktól, szétszakítja a szelf integritását. Ez a tapasztalat erősen traumatikus, a trauma hatásmechanizmusa figyelhető meg a betegséghez való viszonyunk szerveződésében is: többszörös veszteség-élmény, szétszaggyatott tapasztalások, az én-integritás megrendülése jellemzi. „Ahogyan a lelki trauma áthatja az individuum egészét, úgy kebelezi be a testi betegség tudata is a pszichét” (Pintér J. N. 2013: 24.). Ahogyan már az előző fejezetben kifejtettem, Pintér itt elsősorban a betegségekkel kapcsolatos fájdalmakra utal, ha a szülési fájdalom tehetetlenséggel, kiszolgáltatottsággal – bántalmazással – jár együtt, a szülés traumatikus tapasztalattá válik, az élmény, az identitás, a narratíva széttöredezik. A szülés

esetében sokáig objektív tényezőkhöz kötötték a szülés traumatikus voltát – olyan nyilvánvalóan erős lelki megrázkódtatások okoznak traumát, mint a komolyabb medikális szövődmények, koraszülés vagy halvaszülés (Molnár J. 2015). Ma már tudjuk, hogy részleges vagy teljes poszt-traumatikus tünetegyüttes (posztpartum, ppPTSD) alakulhat ki normálisnak tartott, szövődménymentes szülések után is. Nagyon fontos hangsúlyozni azt is, hogy a vajúdás-szülés folyamata már eleve magában foglal potenciálisan traumatikus jellegzetességeket is (Molnár J. 2015; Kitzinger 2008; Varró 2015). Például a váratlanul erős fájdalom, a sérülésektől és a haláltól való félelem, a kontrollvesztés – a testi-lelki megnyílás megtapasztalása – a szubjektív élményt traumatikussá teheti. Kvalitatív vizsgálatok sora foglalkozik szűkebb és tágabb kontextusban is a szülés körüli traumák természetével (pl. Beck 2006; Baker, Choi, Henshaw és Tree 2005).

#### 4. A GYÓGYÍTÓ KAPCSOLAT A VAJÚDÁS/SZÜLÉS VONATKOZÁSÁBAN

##### **4.1. A gyógyító kapcsolat fenomenológiai és pszichodinamikus megközelítése**

Az elmúlt évtizedek során a gyógyításban előtérbe került a kliensközpontú szemlélet: ebben a folyamatban a gyógyító empátiája, személyisége nagyon fontos szerepet kap. A gyógyító munkában az érzelmi odafordulás a kapcsolat alapjának tekinthető (Csabai és Pintér 2013, Csabai és mtsai 2009). A terápiás (vagy orvos-beteg) kapcsolatban a korai anya-gyerek kapcsolat jellegzetességei ismerhetők fel, amint ezt a gyógyító kapcsolat interszubjektív mozzanatait, a terápiás élményvilágot elemző kutatások megerősítették. Érzelmi ráhangolódás jön létre, a megfelelő terápiás kapcsolatban a terapeuta képes belépni a páciens élményvilágába (Flaskay 2010; Csabai és mtsai 2009; Fülöp 2016). Az empátia, érzelmi ráhangolódás megfogalmazható a páciens (gyermek) élményének terapeuta (anya) általi újraszerveződésékként is, ez a folyamat pedig a nehezen elviselhető érzetek módosulását eredményezi (Stern 2002, Csabai és mtsai 2009). A terápiás kapcsolat az „itt és most”-ban, biztonságra és ritmikusságra épül, odafordulásra és tükrözésre. Mindazt a korrekciós élményt tartalmazza a megfelelő segítő kapcsolat, amely a korai anya-gyerek kapcsolatban sérülést szenvedett. Szakember és páciens közösen élük meg a szomatikus tüneteket – a pszichológiai intervenció a facilitáló környezet kialakítására irányul (Bálint 1990; Winnicott 2004; Csabai 2013). Az empátia nem csupán érzelmi és mentális összetevőkből, de testi reakciókból is áll, így a gyógyító kapcsolat élményei mindkét fél részéről testérzetekben, testi reakciókban, testi áttételekben és viszontáttételekben is megnyilvánulnak (Csabai és mtsai 2009; Szemerey 2016). Olyan pácienseknél, akiknek szomatikus állapotai – szomatikus vagy

pszichoszomatikus betegsége, testi folyamatai – vannak előtérben, a gyógyító kapcsolat elsősorban 'elsődleges tapasztalati térként' jelenik meg (Csabai 2013). A fizikai tünetek általában regresszív állapotot idéznek elő, így verbálisan nehezen vagy egyáltalán nem megközelíthetőek. A gyógyító és páciens 'közös élménymegélése' más hasonló helyzetekben, pl. kórházi terepen működő team-ek munkájában, orvosok ápolók és betegek viszonyaiban is létrejöhet. A „villanás” technika például azt szolgálja, hogy a biztonságos pszichoterápiás – átmeneti – tér kialakítása szempontjából nehezített körülmények között is létrejöhessen egy olyan bizalmi kapcsolat, mely a gyógyító és páciens kapcsolatában megvalósulhasson az egység érzése (Bálint 1990; Csabai 2013). A vajúdás/szülés melletti segítségnyújtás természete egyfelől értelmezhető e fent említett „villanás” létrejöttéként, hiszen kórházi körülmények között számos körülmény nehezíti a személyes és intim kapcsolat menedzselését – még abban az esetben is, ha nem éppen akkor, abban a helyzetben találkozik először a segítő és a vajúzó/szülő nő. Másfelől pedig a fizikai tünetek (vajúdás) okozta regresszív (megváltozott tudat-) állapot pontosan azt közös tapasztalati mezőt hozza létre, amelyben a bizalmi kapcsolatnak kiemelkedő szerepe van. A pszichoterápiás kapcsolat természetét feltérképező, tapasztalati alapú szakirodalom hasonló metaforákat használ a kapcsolat jellegzetességeinek, a segítő szerepének és feladatainak leírására, mint a szülésznők, bábák segítő kapcsolati élményeit (kvalitatív szemszögből vizsgáló) és bemutató nemzetközi tanulmányok.<sup>5</sup> A (közös) metaforák használatának jelentőségéről még több helyütt szó esik.

## **4.2. Pszichoanalitikus metaforák a vajúdás/szülés hermeneutikájában**

### *4.2.1. Ferenczi Sándor hozzájárulása a kurrens pszichoanalitikus elgondolásokhoz*

A vajúdás, szülés során tapasztalható regresszió, ösztönösség és kiszolgáltatottság párhuzamosan jelenhet meg a vajúdás/szülés természetéből fakadó, szinte transzperszonális erő megéléseivel. A kommunikáció ideális esetben a legszűkebb keretek között zajlik verbálisan, inkább – fizikai, érzelmi síkon: figyelem, érintés, egymásra hangolódás által. A vajúzó egyszerre igényli is a kapcsolatot, ugyanakkor a saját belső útját járja. Ferenczi (1933/1971) *nyelvzavar* fogalma azt az állapotot takarja, amikor a gyermek a gyengédség nyelvén közelít a felnőtthez, a felnőtt azonban a szenvedély nyelvén válaszol erre, ezáltal kihasználva a gyereket, felnőtt igényeit kielégítve. Lénárd (2004) új szempontokat világít meg ide vonatkozó tanulmányában; szerinte a nyelvzavar fogalma a korai kapcsolati traumatizációt is leírja – a szülő és a gyermek közötti félreértés, 'meg nem értés' konstans állapota súlyos

---

<sup>5</sup> Lásd pl. Tóth K. (2008) az intimitásról, áttételről és viszontáttételről, illetve Hunter (2008) az anya ellátásáról: „szálak a rejtett szövetben” metaforát alkalmazzák.

sérüléseket tud okozni. Hermeneutikai értelmezése szerint a nyelvzavart érthetjük úgy, mint a „nem beszélgetésben lenni” állapotát (Lénárd 2004), amikor az egymás felé forduló felek elbeszélnek egymás mellett, anélkül, hogy ráhangolódnának, megértenék egymást. A vajúdás/szülés nyelvezetét Ferenczi és Lénárd hermeneutikáján haladva kommunikációs folyamatként interpretálhatjuk. A vajúdo nő meztelen, vagy alig van rajta ruha, és a figyelem (mind a sajátja, mind a környezetében tartózkodó embereké) a lehető legintimebb testrészeire irányul. Ehhez az állapothoz a felnőtt nyelvét, a szenvedélyt kapcsolhatjuk; hiszen bármennyire is tabu: a szülés egyben szexuális esemény is. A nő szexualitását sok kimondott vagy kimondatlan szabály övezi, mind egyéni szocializációs szinteken, mind a társadalmi, hétköznapi és tudományos diskurzusokban. A téma posztmodern nyilvánossága és a tabudöntögetés bizonyos mértékig hatékony és működőképes, hiszen mindkét nem számára társadalmi és pszichoszociális toposszá válik a minőségi szexualitás, ugyanakkor ez a folyamat a hétköznapiakban gyakran zavarodottságot, büntudatot, szégyent kelthet, további társadalmi elvárásként jelenhet meg, és elnémítja az érintetteket (Kolbenschlag 1999; Heyn 2003; Kitzinger 2008, 2012). Ahogyan a menstruációhoz és a várandóssághoz, úgy a szüléshez is a női test átalakulásának misztériuma kapcsolódik: mindannyiszor a nő szexualitásának elrejthetlensége jelenik itt meg (Csabai és Erős 2000; Pinkola Estés 2006). A vajúdásban megjelenő szenvedély nyelvét értelmezhetjük metaforikus szinten is, hiszen a folyamat fókuszában is az érzéki, érzékletes élmények, a testi kapcsolat, a meztelenség, a nemi szervek, és természetesen „szerelmünk gyümölcse”, a korábbi szexuális aktusból érkező újszülött áll. A szülés élménye nagyon összetett és nagyon szubjektív, de alapvető jellegzetessége a nagyfokú intimitás és a megváltozott tudatállapot (Héjja-Nagy 2014; Larkin, P. és mtsai 2009). A vajúdás előrehaladtával, és a módosult tudatállapot fokozódásával gyakran testi-lelki extázis jön létre, ez például intenzív, erős érzelmkifejezéssel, kontrollálhatatlannak tűnő hangadásokkal járhat (Héjja-Nagy 2014). A módosult tudatállapot tekintetében a vajúdás-szülés folyamata nem különbözik a szeretkezés során létrejövő módosult tudatállapottól: vizsgálatok alapján mindkét esetben hasonló mértékű és jellegű megváltozott élményekről, időérzékelésről és tudatállapotváltozásról számolnak be a megkérdezettek (Héjja-Nagy 2014: 37; Buckley 2010b). Ugyanakkor ez a folyamat a gátlások, szégyen és büntudat élményeinek előretörését is előidézhetheti, ezáltal megtorpanhat a szülés folyamata. A szenvedélyes kitarulkozás, „testi-lelki megnyílás” létrejöttéhez elengedhetetlen, hogy a vajúdo biztonságos környezetben legyen (Molnár és Frigyes 2012; Héjja-Nagy 2014). A segítő kapcsolat szempontjából fontos még hangsúlyoznunk Ferencz nyelvzavar elméletéből a trauma reprodukálásnak jelenségét: ha a „fontos másik” (aki nem

azonos az elkövetővel) nem veszi komolyan a gyermek, majd később terápiában a páciens élményét, félelmét, fájdalmát, traumáját, azzal megismétli a korábbi traumát (Ferenczi 1933/1971; Kitzinger 2008; Herman 2011). Maga a trauma élménye is megkérdőjeleződik ezáltal, az emlékek létjogosultsága, a szelf hitelessége. A szülés során tapasztalt élmények hatással vannak a későbbi szexuális viselkedésre, a párkapcsolat minőségére, sőt a későbbi gyerekvállalási hajlandóságra is (Kitzinger 2008; Varga 2015).

#### 4.2.2. *A szülés, mint átmeneti jelenség*

A szülés körüli segítő komplex módon, több szinten is hozzájárul a szülő nő munkájához. A fizikai és pszichikai jelenlét – empátia és figyelem – biztosítja a pszichoterápiában ismert biztonságos közeget, az átmeneti teret (Winnicott 1965/2004; Ogden 2004), melyben az önmegtapasztalás, a kreativitás kibontakozhat. A vajúdó pszichés szükségleteit leginkább Winnicott fogalmaival értelmezhetjük. Az egyedüllét képessége lehetővé teszi, hogy úgy tudok jelen lenni önmagamban, miközben van mellettem valaki, akiről tudom, hogy rendelkezésemre áll, de nem készlet folyamatosan reakcióra. A kapcsolati történések szempontjából nevezi ezt Winnicott az *én-kapcsoltság* állapotának (Winnicott 1958/2004). Ebben az állapotban bontakozhat ki a belső figyelem, törhet előre a természet ereje – ahogyan a csecsemő is megtapasztalja önmagát a rendelkezésre álló, de nem rátelepedő, nem beavatkozó anya mellett. Ehhez az ellazult állapothoz – a reagálási kényszer hiányához – szükséges a biztonságos környezet, hogy a vajúdó biztosan tudja: megfedkezhet önmagáról. Winnicott leírja azt is, hogy ez az én-támogató környezet a későbbiek során fokozatosan belsővé válik, és így jön létre majd a valódi egyedüllét képessége. Így alakul ki végső soron a valódi szelf. A vajúdó megváltozott tudatállapota révén kapcsolatba kerülhet önmagával, megélheti létének olyan aspektusait, melyekhez tulajdonképpen semmilyen más – akár hasonló helyzetben – sem férhet hozzá.

A vajúdás-szülés során létrejövő segítő kapcsolat létrehozza azt az *átmeneti teret*, melyben létrejöhet ez az állapot, melyben a gyógyulás, fejlődés lehetősége is benne rejlik (Székely 2016b). Winnicott eredetileg az anya és csecsemője között létrejövő különleges kapcsolatot magyarázta az átmeneti tér jelenségével (Ogden 2004: 237). A kezdeti anya-csecsemő egységből (amikor még nem létezik külön anya és külön csecsemő) az anya-csecsemő kettősségből való zökkenőmentes átmenethez szükség van a potenciális térre, mely nem is képzelet, nem is valóság, a kettő között van, és a csecsemő biztonságosan megtapasztalhatja önmagát, fejlődhet a képzelőereje – olyan paradoxon, melyben megvalósul, hogy az anya és csecsemője egy, és az is, hogy az anya és csecsemője kettő. A szülés maga is valamiféle őseredeti potenciális tér: a bentről kifelé jövő baba az anyától függetlenül létezik is, meg nem is;



a vajúdó figyel is rá, meg nem is: és végül a maga fizikai valóságában bontakozik ki az anya testéből, az egységből a kisbaba teste. A terápiás tér is egyfajta potenciális tér, ahol a páciens biztonsággal megtapasztalhatja az egyedüllétet, önmagát, és kibontakozhat. Ogden (2004) sokkal általánosabb szavaival élve a potenciális tér az a hely, melyben a szimbólum (egy gondolat), a szimbolizált (amiről valamit gondolnak) és az értelmező szubjektum (a gondolkodó) is létrejöhet, így adunk jelentést önmagunknak és az életünknek, itt működik a kreativitásunk, ezért vagyunk valamilyenek, nem pedig pusztán reflex-szerűen reagáló lények. Így tehát a szülés ebben a másik értelemben is lehet potenciális tér: nem csak maga a gyermek születik meg (a szimbolizált), hanem szimbólum is létrejön (önmagunk megtapasztalása, a beavatás szülés közben), miközben a vajúdó maga az értelmező szubjektum. Ugyanakkor a vajúdó és a segítő kapcsolatának szintjén is létrejön ez a hármas interpretáció: a segítő, mint értelmező szubjektum, jelen van a belső útját járó vajúdó, mint szimbólum, és a megszülető tapasztalat, a szimbolizált mellett. Ezt a megtartó környezetet az „elég jó gondoskodás” jellemzi (Winnicott 1965/2004: 129).

#### *4.2.3. A pszichoterápiás kapcsolat, mint metafora*

Már a nőgyógyászati szituáció is áttöri a személyiség „intimitás barriereit” (Buda 2004b). Ez már önmagában elégséges indok lehet arra, hogy az orvosok (és kórházi dolgozók) többsége személytelenségre törekedjen a helyzetben. De a vajúdó nő ugyanakkor kiszolgáltatott is, a testi folyamatainak és a környezetének egyaránt, tehát a gyengédség nyelvén is „szól”. A nyelvzavar kétszeres interpretációban jelenhet meg: a szülés folyamatában egyszerre van jelen erő és kiszolgáltatottság, szenvedély és gyengédség is. Nem csak elcsúszhat, de fel is cserélődhet a megfelelő kommunikáció. Minden szóbeli közlés, információ és döntés a tudatos felnőtt helyzetet erősíti – és elméletileg a kiszolgáltatottságot csökkenti. Mégis, mivel a vajúdás/szülés „nyelvezete” preverbális, mindenképpen ki tudja billenteni a szülő nőt a kívánatos befelé fordulástól, a szülés folyamatának való teljes átadástól, az ösztönök előretörésétől. A testünknek, a természet erejének való kiszolgáltatottság elfogadása kizárólag biztonságos környezetben lehetséges – vagyis az elég jó segítő jelenlétében, akik létre tudják hozni azt a közeget, ahol a vajúdó önfeledten létezhet. Ezzel ellentétben, ha betegként kezeljük a szülő nőt – mely a kórházi környezetben elkerülhetetlenül ’adódik’, például figyelmen kívül hagyjuk megfogalmazott kéréseit (hiszen döntéshelyzetben általában az orvos és a személyzet van, a beteg legfeljebb együttműködő lehet): visszaélünk védtelen helyzetével. A hagyományos kórházi protokoll általában szisztematikusan törekszik arra, hogy ne kerüljön bele a korábban már említett módosult tudatállapotba a vajúdó nő (Kitzinger

2008). Csak egy engedelmeskedő, odafigyelő, tankönyvi sémához igazodó (vagy arra törekvő) pácienssel tudnak hatékonyan – többnyire verbálisan – kommunikálni. A túlzott verbális kommunikáció a vajúdas-szülés során a kontroll (fegyelmezettség, alkalmazkodás a szabályokhoz, önkontroll) megtartására irányul. A szülés testi vonatkozásai azonban elválaszthatatlanok a pszicho-emotív háttérüktől: ha nem alakul ki bizalmi kapcsolat, felborul a vajúdas zavartalan előrehaladásához szükséges kényes hormon-egyensúly (Varga 2015: 71). Ez maga a „nem beszélgetésben levés” állapota: sem a vajúdo, sem a környezete nem tud rugalmasan, figyelmesen haladni a belső folyamattal, valójában nem jön létre befogadás és tükrözés a beszélgető felek között, egyre távolabb kerülünk a természetestől, a biztonságos, bizalomteli egymásra hangolódástól.

Ha a szülést, mint az önmagunkkal való találkozás lehetőségét vizsgáljuk, a folyamatban létrejövő segítő kapcsolatra tekinthetünk úgy is, mint a pszichoterápiás kapcsolat egyfajta metaforájára – a szülés-születés szcénája pedig valamiféle átmeneti tér szimbólumaként magában hordozza a pszichoterápiás gyógyulási lehetőségeket is. Ugyanakkor akár meg is fordíthatjuk ezt az összefüggést: a pszichoterápia a szülés – születés metaforájaként is értelmezhető, amikor is a biztonságos kapcsolati térben megszülethet egy újabb perspektíva, gyógyító élmény, újraszerveződhet a személyiség (Székely 2011a, 2016b).

A pszichoanalitikus paradigma szerint a pszichoterápia legfőbb hatótényezője a terápiás kapcsolat (Szőnyi 2000). A kapcsolat élménye, minősége, légköre alapvető fontosságú, hiszen a gyógyító kapcsolat a gyógyítás nem specifikus hatótényezője (Csabai és mtsai 2009). Ezeket a pszichoterápiás kapcsolatra fókuszáló pszichoanalitikus elméleteket, a terápiás helyzet tárgykapcsolati és interszjektív megközelítéseit használok értelmezési keretként a szülés, mint a kapcsolatban kibontakozó ön-megtapasztalás, és a szüléskísérés, mint segítő kapcsolat teljesebb megértéséhez (Szőnyi 2000; Flaskay 2010; Allen, Fonagy és Bateman 2011; Tóth 2008). A biztonságos vajúdas-szülés lényegében a biztonságos segítő kapcsolatot jelenti: ha ez a segítő kapcsolat létre tudja hozni azt a biztonságos teret, amelyben a vajúdo elengedheti magát, önmaga lehet, akkor önmaga megtapasztalásának új útjai nyílhatnak meg. A vajúdas-szülés lényegében egyfajta „átmeneti jelenség”, melyben a pszichés történések interszjektív térben zajlanak, a segítő kapcsolat dinamikája szervesen kapcsolódik minden résztvevő élményéhez.

#### *4.2.4. Az anyai erotikus áttétel és viszontáttétel*

Welles és Wrye (1996) szerint feltételezhető, hogy a nőnemű analitikusoknak tipikus nehézségeik, de egyben rájuk jellemző lehetőségeik is vannak, bizonyos nemhez kötött

viszontáttételi helyzetekben. A szerzők ezt a témakört nevezték el anyai erotikus viszontáttételnek (angolul MEC – maternal erotic countertransference), amely gyűjtőfogalom több, jól meghatározható tematika kapcsán alakot ölthet. Értekezésemben részletesen tárgyalom e jelenséget, mert a vajúdás/szülés során létrejövő segítő kapcsolat szinte teljes egészében leírható ezen pszichoanalitikus fogalompár segítségével, ahogyan erre még visszatérek a diszkusszióban is. A MET (maternal erotic transference – anyai erotikus áttétel) és a MEC is a legkorábbi anya-gyerek kapcsolat érzéki élményeiben gyökerezik, teljesen konkrét, testre, vagy testrészekre irányuló erotikus vágyakban; a másik fél konkrét testrészeinek szeretésében, gyűlöletében nyilvánul meg. Mivel életünk preverbális szakaszából származik, tipikusan nehéz megközelíteni és megfogalmazni. Wrye (1996) arra hívja fel a figyelmet, hogy az anyai erotikus áttételek kapcsán saját születésünk is megjelenik: az analitikus a korai anyai erotikus áttételekhez úgy férhet hozzá a terápiában, ha saját testi reakcióit, mint viszontáttételi érzéseket, kreatív figyelemmel kíséri. Erotikus alatt a szeretett személy közelében érzett mindenféle pozitív és negatív testérzést értenek a szerzők. A kötődés közvetítő közege eredetileg az anya saját testi folyamatainak és testnedveinek elfogadása, illetve a kisbaba testi folyamatainak és testnedveinek elfogadása. Ez a kötődés alakulhat sikeresen vagy rombolóan. Ez a (későbbi) erotikus élet alapmintázatát adja. Ez egyfajta *body loveprint*, „testi szeretet-lenyomat” – az élvezetes és fájdalmas, kezdetleges emlékeket őrzi meg a testünk, és testi működésünk (Wrye 1996). Ezek a legkorábbi testkontaktus, az anya-gyermek egység többé-kevésbé elfojtott tartalmai. A testkontaktus a testnedveken keresztül jött létre – melyek: a méhlepény, vér, vizelet, anyatej, széklet, nyál, könny.

Wrye (1996) beszél a formatív és deformatív születéstörténetekről is. Rengeteg ember meggyőződése, hogy élete alapvetően, és majdhogynem kizárólag a születésénél, vagy azelőtt, romlott el. Bálint Mihály (1968/2012) ezt nem komplexusként, vagy konfliktusként írja le, hanem *őstörésként*, amely folyamatosan összeomlással és dezintegrációval fenyegeti a páciens. Az őstörés, mint állapot, vagy érzés mindig is jelen volt a páciens életében, jóval a szavak előtt keletkezett, és többnyire testi szinten szerveződik. Mintha nem született volna meg az egyén, vagy halva született volna; néha láthatatlannak érzik magukat. Nem valódinak, másolatnak érzik magukat, egy anya halott csecsemőjének. Az ilyen traumákkal küzdők kerülnek a kölcsönös kapcsolatokat, az igazi életerőt. Lényegük, személyiségük középpontja hasadozott, töredezett, szélsőséges cselekményekbe bonyolódnak (vö. Ferenczi traumatikus progressziójával – 1933/1971; vagy a PTSD, ezen belül is a posztpartum PTSD tünettanával – Molnár J. 2015). A születéstörténetek különösen élénken mesélik el az őstörést, és az

ősgyógyításra való könyörgést. Az érzelmi viharba, vagy éppen ellenkezőleg, érzelmi sivatagba születő „koszos, vagy halott” babák – mivel sem belső erőforrásaik, sem választási lehetőségük nincsen – könnyen sodródhatnak szélsőséges, kényszeres védekezőmódokba. A ’kaka=baba’ egyenlőség fájdalmasan valódi én-tapasztalat számukra, mind gyermekkorban, mind felnőttkorban. Az analitikus helyzetben ezek az élmények kezdetben szótlanúsággal terhes csöndekkel jelennek meg, így válik hozzáférhetővé az érzelmi viszonyulások szavak előtti tartománya. Az élőhalott személyben nincsenek vágyak, miközben tudattalanul kétségbeesetten keresi az újjászületés lehetőségét. Alapvető szükségletük „(f)elismerve lenni”. Amikor az áttétel megindítja a vágyakozást is, az újjászületés vágya óriásira növekszik, azonnali és teljesen konkrét lesz. Ekkor sürgető vágy jelenik meg, hogy az analitikus testén keresztül szülessen újjá a páciens – ez a „születési jog tudattalan feszültsége”. Mindez enactment formájában nyilvánul meg az analitikus helyzetben. Azaz a páciens közvetlenül elrendezi az analitikus helyzetet egy oda nem illő akcióval, mintegy „kényszeríti” a terapeutát az alkalmazkodásra. Szembetűnő az enactment konkrétsága, illetve, hogy általában az analízis egy megrekedt szakaszában lép fel. Üzenete: valami primitív, szavakkal nem megfogalmazható, sokszor rémítő dolog zajlik. Általában megrendíti az analitikust, és nagyon is veszélybe sodorja a semlegességét: meglepetés, zavar, védekezés, undor – pontosan ezek azok a reakciók, amiket a páciens kapott az anyjától, ezért érzik értéktelennek, rossznak magukat, vágyaikat és szükségleteiket pedig túlzónak.

Az enactment erotikus jelentésének értelmezése általában tiltott mindkét fél számára. Annyira primitív és szavak előtti ez az élmény, hogy nehéz észrevenni az erotikus vonulatát – miközben a páciens részéről megalázottsággal és szégyennel, illetve az analitikus részéről szorongással is összekapcsolódik. A vajúdás, szülés során a vajúdo nő saját születésének élménye, saját testéhez való viszonya is előtérbe kerül, mintegy esélyt adva a korábbi történet újraíródásának. Ez azonban a trauma lehetőségét is magában rejti. Sokszor nehéz észrevenni a javításra való törekvést is ebben a folyamatban, hiszen annyira romboló maga az aktus. A páciens értelmezhető tárgyként hozza be saját testét az analitikus térbe. Átalakító születésélményt keresnek – az anyai erotikus áttétel egyik központi hiedelme, hogy a gyógyulás és belső átalakulás csakis fizikai kontaktus révén érhető el. A páciens korrekciós élményt keres a terápiában. Látható, hogy szinte kikerülhetetlen a vajúdás és szülés szcénájával való hasonlóság: a szavak előtti – testi – érzelmi – kapcsolati elemek egyetlen nagy értelmezési felhőben találhatók, egymástól szétválaszthatatlanul. A traumaismétlés vs. korrekciós élmény kétségbeejtő szükséglete jelenhet meg a vajúdás, szülés kapcsolati mintázatában is.

Wrye (1996) szerint a helyes értelmezések önmagukban nem képesek helyreállítani az östörés által okozott károkat, nem képesek metaforikusan mintegy megtisztítani a koszos kisbabákat – ehhez kölcsönös, kézzelfogható, erős tapasztalat, együttes élmény kell. Az analitikusnak be kell vonódnia testi szinten a terápiába – meglehetősen bátorság, és nemtől függetlenül egyfajta „anyai hajlandóság” szükséges hozzá. Az átalakuláshoz lényegében egy *kisbabáját kívánó, életadó anya testéhez* való lelki hozzáférés kell – a folyamat pedig csak akkor lehet kölcsönös (és ezáltal hatékony), ha az analitikus hisz benne; ha szimbolikusan, de valóban fel tudja ajánlani testét-lelkét – elméjét, méhét, mellét, övét – az átalakuláshoz. Ebben a folyamatban az ’anyai hajlandóság’, és a páciens mély testi regressziójának elviselése a fontos, nem az, hogy milyen nemű az analitikus. Ahogyan a szülés-születés-újjászületés teljes valóságában megjelenhet az analitikus helyzetben – ugyanúgy a segítő kapcsolatban megtapasztalt önmegismerés, az újjáteremtő, gyógyító élmény létrejöhet a szülésben is. A megélés erőteljességét és a narratívák többszörös áttételeit mutatja, hogy az anyai szerep nem csak a vajúdóra vonatkozik (aki fizikai valójában válik éppen anyává), hanem a segítő jelenlétének minőségére is – miközben ő maga is preverbális szinten találkozhat saját születésével (korábbi szüléseivel, szüléskíséréseivel).

## 5. A VAJÚDÁS/SZÜLÉS SORÁN LÉTREJÖVŐ SEGÍTŐ KAPCSOLAT

### 5.1. Társas támogatás a vajúdás/szülés során

A vajúdás/szüléssel kapcsolatban a medikális protokoll, a szervezeti hierarchia és szabályrendszer prioritása személytelenné teszi az ellátást, elmagányosítja a vajúdot; annak ellenére, hogy számára az érzelmi biztonságot jelentő támogató személy jelenléte elsődleges fontossággal bír (Varga 2015; Kitzinger 2008). Általában nem csak a szülésznővel, hanem a szülész-nőgyógyász orvossal is bizalmi kapcsolatot épít ki a vajúdó/szülő nő. Jellemzően a szokásos intimitási határokat gyorsan és nagy intenzitással lépi át ez a kapcsolat, más betegszerepekhez képest fokozottan érzékenyített, kiszolgáltatott állapotban van a vajúdó/szülő nő (Héjja-Nagy 2014; Varga 2015; Buda 2007). Kiemelt jelentősége van a nem-verbális kommunikációnak: többek között az érintés és a tekintet szabályozza a felek együttműködését (Buda 2004a, 2004b). Az orvos-beteg kapcsolat dinamikáját tovább árnyalja Hoyer (2002), aki vizsgálatában a betegek autonómia igényeinek és az orvosok kommunikációs stílusának találkozásait jellemzi. Mind a betegek, mind az orvosok megélik az egészségügyi rendszer feudális, paternalista működését, ahol a hierarchia erősen korlátozza a kommunikációs lehetőségeket, így minden szereplő autonómia igénye sérül. A vajúdás/szülés során létrejövő módosult tudatállapot hatására a viselkedés automatizálódik, az önkontroll, a gondolkodási

funkciók – különösen a kritikai gondolkodás és a tér-, idő-érzékelés – háttérbe szorul, a figyelem beszűkül; ugyanakkor a testérzékelés és az érzelmek felerősödnek, nagy jelentőséget kapnak, ahogyan a jelenlevőkkel megélt együttes élmény is (Varga és Suhai, 2010; Varga 2011a, 2011b). Ez a jelenség meghatározó a segítő és a vajúdo közötti kommunikáció szempontjából is, mivel a vajúdo egyrészt szuggesztibilisebbé válik, másrészt kiszolgáltatottabbá is, hiszen a más helyzetekben jól működő énvédelem vajúdozás közben gyakorlatilag megszűnik (Héjja-Nagy 2014). Ugyanakkor a medikalizált – több szerző által technokratának is nevezett – szülés általános jellemzője, hogy kiszámíthatatlan, milyen ellátásban részesül a páciens (Varga és mtsai 2011; Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992). Az élettani vajúdozás támogatásának egyik alapvető tényezője a folyamatos vajúdozás-támogatás, mely nem elsősorban medikális ellátásból, hanem érzelmi-fizikai támasznyújtásból áll (Romano és Lothian 2008; Varga 2011a, 2011b). A gépezetként működő intézményes ellátás és a személyes törődés összeegyeztethetetlennek tűnik, erre egyfajta válaszként jött létre az *együttsszülés* jelensége, mely alatt leggyakrabban az apás szülést értjük, de más hozzátartozó is előfordul a vajúdo/szülő nő mellett (Varga és mtsai 2011, Héjja-Nagy 2014; Soltész és mtsai 2015). A társas támasz nem csak pszichológiai szempontból fontos, de jelentős szülészeti előnyöket is eredményezhet (Varga 2011a, 2011b; Héjja-Nagy 2014; Soltész és mtsai 2015). A szülő nők fizikai, információs és útmutatás jellegű támaszra tartanak elsősorban igényt, ugyanakkor humánus odafordulást, érzelmi biztonságot is igényelnek, melyet a környezetükben jelen levő személyek tudnak biztosítani (Héjja-Nagy 2014; Varga 2015). A centrális oxitocinnal kapcsolatos kutatások arra is rávilágítottak, hogy a társak jelenléte a kortizol alapú stressz-válasz helyett az oxitocin-szintet emeli, így a nyugalom és összetartozás élményét alakítja ki. Különösen nőkre jellemző, hogy stressz-helyzetben társaiknál (szintén nőknél) keresnek támogatást, ez a 'tend-and-befriend', vagy más szerzők megfogalmazásában 'calm-and-connect' reakció (Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald, Gurung és Updegraff 2000; Davis 2007; Varga 2011a, 2011b; Uvnas-Moberg 1998; Uvnas-Moberg és Peterson 2004). Az előbb említett összefüggés fordítva is igaz: a vajúdozás/szülés haladásához elengedhetetlen centrális oxitocin rendszer főként megfelelő társas környezetben tud aktiválódni (Varga 2009; Héjja-Nagy 2014). A segítő jelenléte akkor a leghatékonyabb a vajúdozás/szülő nő élményének tekintetében, ha a támogatás a vajúdozás/szülés során folyamatos, nem áll rendelkezésre epidurális érzéstelenítés, és a segítő nem a kórházi személyzet tagja (Hodnett, Gates, Hofmeyr és Sakala 2003; Barret és Stark 2010; Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzaba és Cuthbert 2017). A vajúdozás/szülő nők nem elsősorban és mindenképp a folyamatos ellátást értékelik, hanem azokat az attribútumokat, melyeket a folyamatos ellátásban vélnek felfedezni: konzisztenciát

és következetességet valakitől, akiben megbízhatnak. Fontos különbséget tenni az ellátás folytonossága és minősége, illetve a segítő kapcsolat folytonossága és minősége között. Ugyanakkor sem a folyamatosság, sem a megalapozott kapcsolat nem szükséges és elégséges feltétele a minőségi ellátásnak (Green, Renfrew és Curtis 2000). A segítő empátikusabbnak érezheti magát, a vajúzó/szülő nő pedig úgy érzi, megértik tapasztalatait, ha a segítő a jelenlegi helyzetéhez hasonló tapasztalatokkal rendelkezik már. Itt nem feltétlenül a teljes egyezésre kell gondolnunk (pl. egy pontosan ugyanolyan vajúzósi szituáció), az empátikus kapcsolódáshoz elegendő, ha a segítő általános, „sztereotipikus” képzetel rendelkezik arról, miben van éppen a vajúzó. Még inkább segíti az empátia kialakulását és érzékelését, ha ezt a segítő explicit és közvetlen módon ki is fejezi (Hodges, Kiel, Kramer és Villanueva 2010). Fel kell figyelünk az együttszülés fogalmában rejlő ellentmondásra: a vajúzó számára elengedhetetlen, hogy társa legyen a szülésben, de ez a társ „nem az egészségügyi személyzet tagja” (Hodnett és mtsai 2003; Héjja-Nagy 2014). Aki nem együtt szül a társával, vagy magánéletének jelentős személyével (pl. édesanya, barátnő), az egyedül szül, annak ellenére, hogy legalább egy szülésznő és egy szülész-nőgyógyász szakorvos részt vesz a folyamatban. A szülésznők nagy része kórházi környezetben, szülész-nőgyógyász szakorvos felügyelete alatt dolgozik. A gyakorlatban a munkájukat mindig az orvos kontrollálja, így gyakran nőgyógyászati/szülészeti „asszisztens” szerepkörbe szorúlnak. A szülésznő és bába fogalom nincs különválasztva az angol nyelvben ('midwife'), de a magyarban lényeges jelentéskülönbség van a szülésznő és a bába között. Gould (2000) meghatározása szerint a bábái modellben normál szülésnek számít, amikor a nő meglevő szülési képességét elismerik és támogatják. A bábák általában a vajúzó testi állapotából következtetnek a vajúzó-szülés folyamatára. Ez egyfajta felelősséget ad (vissza) a vajúzóknak is, hogy akarjon keresztülmenni a vajúzó folyamatán (ne akarja megúszni azt), és nézzen szembe az ezzel járó fájdalommal. Ha a bába minden felelősséget magára vállalna a vajúzóval, a fájdalommal kapcsolatban ('majd én megoldom', 'az én dolgom' – vö. orvosok szerepe), igen magasra emelkedik a kiegészítés kockázata. A bábák/szülésznők szerepét erősen meghatározza, hogy milyen munkakörülmények között dolgoznak, segítő attitűdjüket a felszereltség és a társ-szaktárk közötti kommunikáció is befolyásolja (Lundgren és Dahlberg 2002; Hastie és Fahy 2011; Barrett és Stark 2010). De nem csak a bába határait, hanem a vajúzó határait is tiszteletben kell tartani a fájdalom elviselésével kapcsolatban. A nők általában, számos ok miatt, nincsenek felkészülve, hogy a saját vajúzójukért és szülésükért felelősséget vállaljanak, akár hogy részt vegyenek a saját szülésükben (Raphael-Leff 2010, 2013; Müller 2010, Lundgren és Dahlberg 2002). A társas konstruktumok igen erősen a felelősség áthárítására helyezik a

hangsúlyt (Raphael-Leff 2010; Pikó 2005). A biztonságra és bizalomra épülő kapcsolat azonban megerősítheti a vajúdo önbecsülését is, különösen akkor, ha a bába azt a meggyőződést közvetíti, hogy bízik a vajúdo képességeiben. A vajúdo így képes lehet szembenézni az ismeretlennel is. A szakirodalom *'anchored companion'*- *'valóságban lehorgonyozott kísérő'*-ként definiálja a segítségnyújtás eme formáját: a szülést kísérő személy egyszerre jelent biztos pontot, elérhető segítséget a vajúdo számára – ezáltal megosztható vele a felelősség; ugyanakkor követi – tehát nem irányítja – a vajúdot a saját folyamatában (Lundgren és Dahlberg 2002). A bábák beszámolóí szerint a vajúdas/szülés folyamatának legnagyobb akadálya a félelem, ugyanakkor, ha kialakult a vajúdo és a segítője közötti kölcsönös bizalom, ez olyan magabiztosságot ad mindkét félnek, ami lehetővé teszi a folyamat kivárását. A sorra következő fázisokon keresztül kíséri a bába a vajúdot, ebben a folyamatban nagy hangsúlyt kap az egymásra hangolódás és az intuíció, létrejön a vajúdo „érzékeny követése” (Lundgren és Dahlberg 2002; Hunter és mtsai 2008). A bába feladata bátorítani a vajúdot, hogy vállalja az átalakulást, a különleges tudatállapotot, ugyanakkor arra is ügyel, hogy ne erőltessen olyat, ami már meghaladja a vajúdo képességeit – azaz egyensúlyoznia kell két, egymásnak erősen ellentmondó attitűd között (Lundgren és Dahlberg 2002; Novák 2015).

## **5.2. Másodlagos traumatizáció, kiegész**

A segítő foglalkozású szakemberek fizikai és lelki erőforrásainak elapadására használjuk a kiegész kifejezést (Kovács 2006; Fülöp 2016). Ha a segítő a másik ember érzelmi szükségleteit szeretné kielégíteni valamilyen formában, akkor elkerülhetetlen, hogy a saját érzelmei is előtérbe kerüljenek, és egyfajta érzelmi stressz lépjen fel (Leinweber és Rowe, 2010). Ha az ellátás olyan emberek érzelmi szükségleteiről szól, akik szenvedést, fájdalmat, vagy traumát élnek át, az a szaksegítőkből is traumatikus stressz-reakciókat indít el (Herman 2011; Szemerey 2016; Fülöp 2016). A szakirodalom megkülönbözteti az *'elköteleződés kifáradása'* (compassion fatigue), a PTSD, másodlagos traumatikus stressz, vikariáló vagy behelyettesítő traumatizáció fogalmait, melyek lényegében ugyanakkor a jelenségnek a különböző oldalait járják körül, vagy mondhatjuk úgy is, hogy különböző értelmezési és fogalmi keretek között magyarázzák el körülbelül ugyanazt a jelenséget (Leinweber és Rowe 2010, Fülöp 2016, Kovács 2006; Szemerey 2016). A kiegész összetevői az érzelmi kimerülés, az elszemélytelenedés, és a teljesítmény csökkenése, melyek a tartós vagy szélsőséges érzelmi és interpreszonális munkahelyi stresszorok következményeként jönnek létre (Maslach, Schaufeli, és Leiter 2001; Fülöp 2016). A segítő foglalkozású szakemberek kiegészének kutatása az



utóbbi évtizedekben egyre növekvő tendenciát mutat. Különösen az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos vizsgálatokról jelennek meg publikációk (pl. Kovács 2006; Hegedűs 2011; Hegedűs, Riskó és Mészáros 2004; Fülöp 2016). Azokon a munkaterületeken, ahol a szélsőséges helyzetek szinte mindennaposak – a születés, halál, súlyos egészségi állapotok önmagukban is erős élmények, nem beszélve a folyamatosan fenyegető komplikációkról – a segítő kapcsolat is további nehézségekkel terhelődik, így a segítő foglalkozású szakemberek kiégésének kockázata többszörös lehet. Az intenzív osztályokon dolgozók kifejezetten veszélyeztetettek kiégés szempontjából, melyben kiemelt tényező a megküzdési stratégiák esetleges elégtelensége (Varga és mtsai 2009; Hegedűs és mtsai 2004; Hegedűs 2011). Kovács (2006) saját vizsgálata a pszichoterápiás ellátás területére fókuszál, ahol nemcsak a kiégés, de az érzelmi kimerülés is jelentős probléma. Amikor a gyógyító/segítő tevékenység lényegét éppen az érzelmi munka adja, elengedhetetlen, hogy az empátia és a kiégés összefüggéseivel is foglalkozzunk (Fülöp 2016). Ezt a következtetést levonhatjuk a szülészeti ellátásban dolgozók állapotára is, hiszen a segítő munka érzelmi komplexitása megkérdőjelezhetetlen ezen a szakterületen (Hunter és mtsai 2008; Leinweber és Rowe 2010; Lipienné Krémer és mtsai 2016). A megnövekedett stresszre legtöbbször érzelmi távolságtartással reagálnak a segítő foglalkozásúak: eltűnik az együttérzés, empátia, majd a páciens tárgyiasítása jelenik meg. Kiemelendő, hogy nem kizárólag a segítő munkából adódó stressztényezők találhatók a kiégés rizikófaktoraiban, hanem a munkahelyi légkörnek – azaz a társas támasz meglétének vagy hiányának – is döntő szerepe van a poszttraumás vagy kiégéssel kapcsolatos tünetek kialakulásában (Kovács 2006; Pikó és Piczil 2002; Leinweber 2010; Fereday és Oster 2010). A társas támogatás elengedhetetlen a megfelelő megküzdési stratégiák megtalálásához és alkalmazásához, a stresszkezelés sikeres végrehajtásához (Pikó és Piczil 2002). Ugyanakkor a támogatási rendszerek akkor működnek leghatékonyabban, ha megküzdési helyzetben ez nemcsak érzelmi támogatást, hanem konkrét, cselekvéses, konstruktív megoldási módokat is jelent (Pikó és Piczil 2002; GebrinÉ Éles és mtsai 2017). Tehát az érzelmileg megterhelő helyzetekkel is lehetséges megküzdni, ha nem marad magára ebben az élményben a segítő.

A segítő elkerülhetetlenül bevonódik a vajúdo/szülő nő személyes történetébe is: a vajúdo esetleges traumájának „tanújaként, résztvevőjeként” a segítő is traumatizálódhat, azaz a másodlagos, vikariáló traumatizáció esélye igen nagy. A vajúdo/szülő nőnek erős lelki megrázkódtatások okozhatnak traumát, mint például a komolyabb medikális szövődmények, koraszülés vagy halvaszülés (Molnár J. 2015). A traumatikus szülés okait sokáig objektív tényezőkhöz kapcsolták, ma azonban már tudjuk, hogy részleges vagy teljes poszt-

traumatikus tünetegyüttes (posztpartum poszttraumás tünetegyüttes, ppPTSD) alakulhat ki normálisnak tartott, szövődménymentes szülések után is. Ennek okait egyrészt a szülő nő előtörténetéhez, személyiségéhez, másrészt az adott szülés élményéhez kötik, és a gyermekágy különböző patológiai állapotainak összefüggéseiben tárgyalják (Molnár J. 2014, 2015; Kovácsné Török 2014; Náfrádiné Töreki 2012). A vajúdás-szülés folyamata ugyanis önmagában is potenciálisan traumatikus jellegzetességeket hordoz (Molnár J. 2015; Kitzinger 2008; Varró 2015). Például a váratlanul erős fájdalom, a sérülésektől és a haláltól való félelem, a kontrollvesztés – az énvédelem eltűnése, a kiszolgáltatottság élménye – a szubjektív élményt traumatikussá teheti. A segítők számára a traumatikus stressz legfőbb forrása a különböző traumatikus eseményekben való rendszeres részvétel a munka során. A segítők PTSD tüneteinek kialakulásában magasabb rizikófaktoroként azonosították a trauma súlyosságát és a társas támasz hiányát. Kevésbé jelentős faktorok a korábbi traumák az élettörténet során (gyermekkorai abúzus, családon belüli pszichiátriai zavar, vagy trauma, alacsony végzettség) (Leinweber és Rowe 2008, Fülöp 2016). Az empátia szerepe szintén kiemelt jelentőségű a segítő kapcsolatban létrejövő érzelmi stressz szempontjából: a túlzott, vagy nem megfelelően kezelt empátia kockázati tényezőnek számít (Fülöp 2016; Szemerey 2016; Hunter 2001; Hodges és mtsai 2010).

Ugyanakkor nem elhanyagolható az a kontextus, amelyben a segítő kapcsolat létrejön, és amely sokszor nehezíti vagy ellehetetleníti a megfelelő kapcsolat kialakítását segítő és vajúdo között (Hastie és Fahy 2011; Yoshida és Sandell 2013; Fereday és Oster 2010; Leinweber és Rowe 2010). Amikor nehézkes a szülészeti osztályon való munka, a szülésznők/bábák általában rejtett technikákat fejlesztenek ki, hogy támogassák a normál szülést. Az aktív szülésvezetés a vajúdot passzív szerepbe kényszeríti, a döntési helyzetekben is páciensként viselkednek, így kevésbé nyitottak a szülésznők/bábák kompetenciát bátorító támogatására. A nagy szülészeti egységekben nagyon nehéz megvalósítani a normál szülés támogatását, itt a technikai eszközök és az orvosok elérhetősége ellentétes irányba hat a folyamat szempontjából. Több szerző is megállapítja, hogy a szülésznők/bábák számára jelentős frusztráció és stressz-forrás, hogy nem gyakorolhatják szabadon és önállóan bábai képességeiket (Leinweber és mtsai 2008; Hunter és mtsai 2008; Keating és Fleming 2009; Yoshida és Sandall 2013). A segítő kapcsolati élményei kiemelt fontosságúak a munkával való elégedettsége szempontjából is: ha jelentőségteljes (személyes) kapcsolatot képesek kiépíteni a vajúdoval, a bábák elégedettek lesznek a munkájukkal. Egyes kutatások a gyakran előforduló alacsony munkamorál fő okaként a kapcsolatépítés ellen ható munkakörnyezetet jelölik meg (Hunter és mtsai 2008). Az alacsony munkamorál méginkább arra sarkallja a

babákat, hogy visszahúzódjának a mélyebb kapcsolatok kialakításától. (Hunter és mtsai, 2008).

Ellentmondásos eredményeket közöl egy hazai, szülésznők körében kiégést vizsgáló kutatás (Lipienné Krémer 2016; Lipienné Krémer és mtsai 2016). Az eredmények szerint az egészségügyben dolgozókhoz képest egyáltalán nem jellemző a szülésznőkre a kiégettség állapota, legalábbis, ami a kiégés egészségtudatos magatartással, és munkakörülményekkel való összefüggéseit illeti. Ugyanakkor a válaszadók majdnem 70%-a túlterheltségre panaszkodik. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy ha tekintetbe vesszük az érzelmi munka jelentőségét, és az érzelmi kimerülés összefüggését a munkával való elégedettséggel és megbecsültség érzetével, akkor elengedhetetlen, hogy a szülésznők érzelmi munkája nagyobb elismertségre tegyen szert (Lipienné Krémer 2016; Lipienné Krémer és mtsai 2016).

## KUTATÁS

### 1. A KVALITATÍV STRATÉGIA

A kvalitatív kutatásra jellemző, hogy nincsen egységes „modern kvalitatív kutatómetodológia”. Ehelyett heterogén múlttal és jellel rendelkező metodológiai irányzatok vannak, amelyek különböző koncepcionális kereteket és törekvéseket foglalnak magukban (Szokolszky 2004). A kvalitatív módszereknek (például a megfigyelésnek, az interjúknak, esettanulmányoknak) mindig is helyük volt a pszichológiában, és tágabban a társadalomtudományokban. A kvalitatív kutatások erőssége, hogy a valóságot részletekbe menően, a tartalmi gazdagságot megőrizve elemzik. Ez a tartalmi gazdagság önmagában jelentős érték. Hitelességét és meggyőző erejét a vizsgálat minden lépésének körültekintő, szisztematikus, és kritikai elvégzése adja (Szokolszky 2004; Ehmann 2002, 2007; Kaló 2014). Az etnográfiai módszerek ezzel szemben a hermeneutikai paradigma megtestesülései, de ezen belül is egy speciális kutatói attitűdöt képviselnek, melynek lényegi eleme a folyamatba való belehelyezkedés, a belülről történő megértés, a kibontakozó válasz felismerése és a kutatás közben történő reflexív értelmezés. A jelenség beágyazottsága, történetisége, változékonysága, értékjellege ebben a megközelítésben nem zavaró tényező, hanem lényegi elem (Szokolszky 2004). A kvalitatív vizsgálat részletekbe menő, „sűrű” leírást ad, amely a vizsgált jelenséget és középponti kérdést sokrétűen, összefüggéseiben, több nézőpontból mutatja be. A következő fejezetekben saját kvalitatív kutatásunk szempontjából releváns módszertani irányokat és elveket veszem sorra, illetve a szüléstörténetek, mint források szempontjai szerint mutatom be őket.

#### **1.1. Oral history**

Bár hagyományosan a narratív és kvantitatív szövegelemzés tárgyát képezik a laikus beszélők által létrehozott szövegek, így kutatásunkhoz csak érintőlegesen kapcsolódik az oral history témaköre, a szüléstörténetek szempontjából mégis említést érdemelnek. Az oral history anyagok feldolgozásának alapja, hogy a kutató nem a manifeszt témaköröket elemzi, hanem a szöveg mögöttes értelmét, az adatgyűjtés és elemzés kezdetekor még rejtett mintázatokat keresi (László 2008; Ehmann 2007). A narratív pszichológiai tartalomelemzés egyik célja, hogy a szövegtörzsek (pl. mélyinterjúk, önéletrajzok, naplók, levelek stb.) megalkotottságának mintázataiban pszichológiailag releváns összetevőket keressen – ilyenek pl. az idő, a perspektíva, a szereplők funkciói és a koherencia (Ehmann 2007; László 2008). Vizsgálati anyagunk mélyinterjúk keretében elhangzott szüléstörténetekre épül, melyek

„szóbeli történelemként” a vajúadás/szülés társadalmi beágyazottságát, annak személyiségre, identitásra, közösségekre gyakorolt hatásait is tükrözik, így a téma intra- és interperszonális lenyomatai is vizsgálhatók a szövegekben.

### **1.2. Narratív pszichológia**

A szöveg nem csak a kutató szempontjából izgalmas, hanem az ember általában is szövegalkotó lény, azaz önmagát, életének eseményeit, az őt körülvevő világot is narratívákon keresztül érti meg, és helyezi el kontextusokban. A szövegalkotás a pszichikum általános antropológiai sajátossága (Ehmann 2002; László 2008). A narratív pszichológia e tétel alapján olyan pszichológiai nézőpontot képvisel, amely az emberi magatartás elbeszélő jellegét kutatja, abból kiindulva, hogy az emberek cselekedeteik és élményeik jelentéstartalmát történeteken keresztül kommunikálják. A narratívumok társas cselekvések kontextusában jelennek meg, szerepük tulajdonképpen mindenre kiterjed (Erős 2004; László 2008). Az élet eseményei ezen narratívumok által válnak személyesen és társadalmilag is láthatóvá. Az ember életében a különböző helyzetek a történetek dinamikája szerint szerveződnek, például van tetőpontjuk, mélypontjuk és befejezésük, így lesz végül az élettörténet különböző megélt és elbeszélte történetek összege és eredője (László 2008). A narratívumokat elemezhetjük formálisan-strukturálisan, végezhetünk tartalomelemzést, és végezhetünk hermeneutikai elemzést. A formális-strukturális és tartalom-elemző módszerek önmagukban nem is feltétlenül a kvalitatív stratégia alá tartoznak, és nem veszik figyelembe azt a kontextust sem, amiben az egyes elemek vagy tartalmak előfordulnak, így ezen vizsgálatok és elemzések nem alkalmasak arra, hogy feltárják a szöveg pszichológiai jelentéseit és összefüggéseit (Ehmann 2002; László 2008). A hermeneutikai elemzés az elbeszélés szöveggörnyezetére, társadalmi és kulturális kontextusát tekintetbe véve a megértési és értelmezési folyamatokat is feltárja (Ehmann 2002; László 2008). A magyarországi narratív pszichológiai kutatások összegzését kiválóan összefoglalja pl. Erős (2004). A kutatásunk során gyűjtött szüléstörténetek elemzésekor elsődleges szempont volt a szöveg-egységek narratív hermeneutikai értelmezése, ezen belül is a jelentésadás folyamatainak fókuszba állítása.

### **1.3. A kvalitatív kutatás általános módszertanának főbb vetületei**

A kvalitatív vizsgálatokkal szemben, itt a kutatás vezérfonalát és módszertanát nem előzetes szakirodalmi eredmények és hipotézisek adják, hanem a választott ismeretelméleti keretek, a kutatási paradigma. A kutató gondolkodási keretei és kérdésfeltevései meghatározzák a kutatás módszertanát, és az adatgyűjtési és elemzési módszereket is. A vizsgálat reliabilitását

és validitását az előre meghatározott kutatási paradigma megtartása biztosítja (Kaló 2014; Szokolszky 2004). Kvalitatív kutatásoknál általában a trianguláció módszerét alkalmazzuk a vizsgálat megbízhatóságának és validitásának fokozására (Denzin és Lincoln 2000; Szokolszky 2004). Elsősorban: az adatokat több forrásból gyűjtjük be (adat-trianguláció); másodsorban: többféle módszert alkalmazunk ugyanazon kérdés megválaszolására (módszer-trianguláció); harmadszor: több kutató, illetve a vizsgálatban részt vevő személyek is részt vesznek az értelmezésben (személyi trianguláció); az értelmezés során pedig a különböző lehetséges magyarázatokat és elméleteket számba vesszük (elmélet-trianguláció). Ugyanakkor érdemes figyelembe venni azt is, hogy a különböző forrásokból, különböző módszerekkel gyűjtött adatok általában nem illeszkednek problémamentesen. Továbbá, mivel nem kell feltétlenül konszenzusra jutnia a különböző kutatóknak és résztvevőknek, a validitás és reliabilitás szempontjából tulajdonképpen bárhogyan értelmezhető az egyezés, illeszkedés vagy a különbség is. Ugyanakkor, trianguláció ezen problémák elismerése mellett is nélkülözhetetlen alapelv (Szokolszky 2004).

Tovább növelhetjük a kvalitatív kutatás érvényességét a válaszadó általi érvényesítéssel (member checking, respondent validation). A kutató a vizsgálat lefolytatása után, a válaszadó személlyel történő beszélgetés során ellenőrzi, hogy elemzése, kategóriái, következtetései, értelmezései egybeesnek-e azzal, ahogyan a válaszadó értette és értelmezte azokat. A felsorolt módszerek csökkentik a kutató és a válaszadó közötti hermeneutikai távolságot, és mintegy összekötötést teremtenek a hétköznapi és a tudományos megismerés között (Szokolszky 2004). Az értekezés kutatási fejezeteiben részletesen beszámolok a fentebb vázolt technikák tudatos és következetes alkalmazásáról a vizsgálat egyes szakaszaiban.

#### **1.4. Feminista szemléletű kvalitatív kutatás**

A tudományos diskurzusban, témaválasztásban és kutatói kérdésekben egyre gyakrabban jelenik meg a „női hang”, a feminista kutatómódszertani paradigma, mely rugalmassága és tudatos önreflexiója révén lehetővé teszi, hogy a választott kutatási témakört úgy mutassuk be, ahogyan azt a vizsgálatban résztvevők az élményeik és tapasztalataik alapján értelmezik (Kitzinger, C. 2004; Kaló 2014; Berán 2014; Keating és Fleming 2009). Ez a paradigma hangsúlyozza, hogy nem egyetlen bizonyítandó valóság létezik, hanem szubjektív valóságok széles skálán mozgó sokasága, a kutató célja pedig a jelenségek, tapasztalatok, szubjektív értelmezések és összefüggések bemutatása. Az egyén tapasztalata soha nem értelmezhető önmagában és nyersen, ehelyett a társadalmi és társas meghatározottságával együtt interpretálódik és újrainterpretálódik. A feminista értelmezési keretben a nők élményei,

tapasztalatai, és ezekre adott interpretációik sem egy „romlatlan belső női tudást” reprezentálnak, hanem különböző társas (szocializációs), társadalmi, és tudományos diskurzusok mentén vagy éppen azok ellenére strukturálódtak (Kitzinger, C. 2004; Kisdi 2012; Berán 2014).

### **1.5. A szüléstörténetek jellegzetességei a kvalitatív pszichológiai kutatások fényében**

A szülés élményének narratív megalkotása, mint minden más élettörténeti narratíva, identitás-meghatározó. Az egyén az életeseményeit utólagos konstrukció által szisztematikusan kapcsolatba rendezi, így nyer értelmet az élettörténet, és megalapozódik a szelf belső koherenciája (Gergen és Gergen 1983; Berán 2014). Az identitás mindig gendered jellegű, azaz identitásunk szerves részei a társadalmi nemünkkel járó attribútumok. A feminista diskurzusban a narratívumnak három alapvető funkciója van: identitáskonstrukció, kollektív identitás létrehozása és kulturális kritika (Berán 2014). Például a szülés módjával kapcsolatos hétköznapi diskurzusban megfigyelhető, hogy a beszélő meghatározza önmagát („császáros vagyok” „otthonszülős vagyok” „természetes szülést akarok” „fájdalomcsillapítást veszek igénybe”), ezáltal valamilyen csoporthoz tartozónak is definiálja magát; és előfordul, hogy viselkedésével, identitásával, és csoporthoz való tartozásával már eleve társadalmi kritikát fogalmaz meg („a kórházi helyett az otthoni szülést választom”). Bamberg (2007) szerint a történetek kutatásában kétféle kérdésfeltevés figyelhető meg: egyrészt a szubjektum alapú kérdésfeltevés (esetünkben: az interjúalany a személyes életében hogyan éli meg a szülését, a szülés során létrejövő segítő kapcsolatot); másrészt társas alapú kérdésfeltevés (azaz, milyen közösségi alapú narratívumok figyelhetők meg a szubjektív tapasztalatokban). Ez utóbbiakat mester-narratívumoknak is nevezzük, melyek egy nagyobb közösség jelentésadó gyakorlatát mutatják be, és amelyek ráíródnak az egyéni tapasztalatokra. A narratívumok mindig kulturálisan is meghatározottak, ugyanakkor a kulturálisan domináns narratívummal szemben fogalmazódik meg a női identitás (Berán 2014). Nincs értékrend-mentes kutatás, vagy objektív tudás, mert a domináns narratívum létrehozása is kollektív alapú, és mint ilyen, interakcióban jön létre a tudományos diskurzusok során. A vajúadás-szülésről alkotott tudományos tudásunk elenyésző részét alkotja a nők által megjelenített narratíva, ezért a kutatásunk ennek a női hangnak a megszólaltatását tűzte ki célul.

Viszonylag szűkös a tudományos diskurzus arról is, hogy a vajúadás-szülés körüli segítő kapcsolat is gendered jellegű, hiszen a gyakorlatban élesen megkülönböztetjük a szülésznőgyógyász (elsöprő többségben férfi), az apa, a szülésznő, a dúla (női segítő) szerepeit, és az ezekkel kapcsolatos elvárásokat és viselkedéses összetevőket (Szeverényi és mtsai 2006;

Buda 2007; Roter 1999). A vajúadás/szülés menete, a beavatkozások mennyisége és minősége – és e témák tudományos, illetve köznapis diskurzusokban való reprezentációi igen eltérőek lehetnek, attól függően, hogy mely szereplői számolnak be róla. Erre a jelenségre továbbiakban, mind a szövegek bemutatásánál, mind a diszkusszióban részletesen kitérek, kritikai pszichológiai szemszögből is bemutatva a gendered szempontok által generált különleges helyzeteket.

### **1.6. Kvalitatív kutatásunk pszichoanalitikus és fenomenológiai alapjai**

A kutatás során, mind elméleti, mind gyakorlati szinteken, a pszichoanalitikus és fenomenológiai paradigmák ötvözése lényegében hermeneutikai eszközt jelentett számomra a vajúadás/szülés során létrejövő segítő kapcsolat teljesebb megértéséhez. Az értelmezések és elemzések lényeges eleme a következő: ahogyan a szülés-születés-újjászületés teljes valóságában megjelenhet az analitikus helyzetben – ugyanúgy a segítő kapcsolatban megtapasztalt önmegismerés, az újjáteremtő, gyógyító élmény létrejöhet a szülésben is. A megélés erőteljességét és a narratívák többszörös áttételeit mutatja, hogy az anyai szerep nem csak a vajúóra vonatkozik (aki fizikai valójában válik éppen anyává), hanem a segítő jelenlétének minőségére is – miközben ő maga is preverbális szinten találkozhat saját születésével (korábbi szüléseivel, szüléskíséréseivel).

Amennyiben a szubjektív tapasztalás eredeti rétegét keressük, a fenomenológiai és pszichoanalitikus paradigma találkozási felületéhez jutunk (Vermes 2012). Mindkét irányzat az élmények eredeti, reflektálatlan tartományát szeretné elérni, azaz olyan tapasztalásokat, melyek minden értelmezés mögött eredendően léteznek. A „jelen pillanat” fogalma adhat támpontot ahhoz, hogy elérjük a tapasztalatot magát. Stern szerint (2009) a „jelen pillanat” kiemelt jelentőségű a tudatosság számára, hiszen a szubjektív tapasztalás lényegét adja. Ennek eléréséhez átmenetileg félre kell tennünk minden előzetes vonatkoztatási pontunkat, reflexióinkat, értelmezéseinket, melyek mind a természetes tapasztalást, mind a tudományos gondolkodást átszövik (Vermes 2012). Így jön létre a közvetlen tapasztalás: „benső élményfolyam feltartóztathatatlan áradása”, az „eleven jelentéstartalát” (Husserl 2002). Vermes szerint Stern érdeme a pszichoterápia folyamatába beilleszthető fenomenológiai szempont, mely egyszerűen a jelen pillanat, a terápiás térben létrejövő „itt és most” megtapasztalását, illetve ezen élmény megfigyelését jelenti. Egyfajta eleven jelenlét, a figyelem inkább befogadó, a „jelen kiérzékenyülő tartalmazása” (Vermes 2012). Vannak a jelen pillanatok között is olyanok, melyek kiemelkednek a többi, elmosódó tapasztalás közül, ezek a Kairosz pillanatok (Stern 2009; Vermes 2012) – az igazi tapasztalatok, a változás



lehetőségének pillanatai, amikor valamiképpen elérjük önmagunkat. Ha az ilyen pillanatok másokkal megosztottak, létrejöhet egy közös megtapasztalás, két ember élménye implicit módon összekapcsolódik – nyilvánvaló, hogy ilyen pillanatok adják a pszichoterápia lényegét, és ilyen pillanatok létrejöhetnek a vajúdas-szülés során is. A vajúdo a már említett kiélesedett jelenben – megváltozott tudatállapotában, önmaga felé is megnyílv – tapasztalhatja meg önmagát és a kapcsolatait is. A jelen tapasztalás ugyanakkor érzéki - interszubjektív folyamat is, „eleven és megélt affektív mintázatok öntik formába és izzítják koherenssé a múltó jelen pillanatokot” (Vermes 2012: 56.).

## 2. INTERPRETATÍV FENOMENOLÓGIAI ANALÍZIS

### 2.1. Az IPA helye a kvalitatív kutatások között

Az interpretatív fenomenológiai analízis – IPA – értelmező és hermeneutikai kvalitatív módszer, melyet többnyire az egészségpszichológiai kutatások alkalmaznak (Smith, Flowers és Larkin 2009; Rác és mtsai 2016). Sajátossága a többszintű, mind az interjúalany, mind a kutató értelmezéseit alkalmazó adatfeldolgozás, ugyanakkor a szövegből kiindulva az élmények és tapasztalatok jelenségvilágát kutatja. Az IPA a kvalitatív kutatások közül a szociális konstruktivizmus, a narratív és diszkurzív pszichológia módszereihez köthető elsősorban (Eatough és Smith 2008; Rác és mtsai 2016). Mivel az IPA nem csak társadalmi-történeti kontextusba ágyazott nyelvi konstrukciókat feltételez, hanem aktív jelentésadást, célokat és lehetőségeket, fejlődést megfogalmazó kontextuális üzenetként látja az elbeszélést, leginkább a szimbolikus interakcionizmus vonásait mutatja. A szimbolikus interakcionizmus szerint lényegében az egyén és a társadalom is interakciók folyamatában konstruálódik (Rác és mtsai). A már tárgyalt narratív pszichológia vizsgálatának tárgya, a narratíva is egyfajta interpretációnak tekinthető, mellyel az egyén megalkotja a valóságot. Az IPA az újraértelmezett, újra és újra elbeszélte történetek elemzésére alkalmas leginkább, hiszen IPA kutató az elbeszélő saját élményeinek értelmezéseire, interpretációira kíváncsi elsősorban (Rác és mtsai 2016). Fontos megkülönböztetni az IPA elméletét a GT (grounded theory) elterjedt kvalitatív módszertől is. A lehorgonyozott, vagy megalapozott elméletként fordítható eljárás során az adatokból fogalmakat, majd elméletet hozunk létre, ugyanakkor az finomabb értelmezés és elemzés háttérbe szorul – hiszen lehorgonyozunk az adatoknál (Rác és mtsai 2016). Az IPA ugyan közvetlenül az adatokból dolgozik, tehát fogalmakat nem hoz létre – ennyiben idiográfias módszer, ugyanakkor a többszintű értelmezés során lehetőség van pszichológiai konstruktumok beemelésére is. Magyarországon viszonylag új keletű az IPA

alkalmazása a kvalitatív vizsgálódások körében (Smith és mtsai 2009; Rác és mtsai 2016), kutatásunk hozzájárul e módszer tapasztalati anyagának gazdagításához. A szerzők PhD szintű kutatáshoz többlépcsős elemzési eljárást ajánlanak, ilyen munka tudomásunk szerint Magyarországon még nem született (Smith és mtsai 2009; Rác és mtsai 2015, 2016; Charlick, McKellar, Pincombe és Fielder 2016).

## **2.2. Az IPA fenomenológiai és hermeneutikai alapjai**

Az IPA egyik legfontosabb teoretikus alapjáról, a fenomenológiáról már szó volt az 1.6. fejezetben. A tapasztalat tudománya azt kutatja, hogyan adódnak az ember számára a tapasztalatai (Husserl 2002; Rác és mtsai 2016). Jellemző az intencionalitás feltételezése, azaz, hogy minden pszichikai fenomén vonatkozik valamire, minden fenoménnek valahogyan jelentést tulajdonítunk. Ezeket a pszichikai fenoméneket azonban mindig a környezettel való kölcsönhatásban lehet megérteni, ez az életvilág, mely fogalom reflektál arra is, hogy a tudomány milyen mértékben lehet objektív (hiszen tárgyiasítja, és életvilágukból kiszakítja a vizsgált jelenségüket) (Rác és mtsai 2016). Végül, de nem utolsósorban az interszubsztivitás jelenségét is figyelembe vesszük: az egyént nem lehet önmagában megérteni, csak kapcsolatainak értelmezésével együtt. Az egzisztencializmus filozófiai alapjaira épít az IPA is, az ember létezési módja a világban-benne-lét, tehát létezése is a világgal való viszonyával együtt, a világ értelmezésével együtt érthető csak meg (Heidegger 2007; Rác és mtsai 2016). A hermeneutika az értelmezés tudománya, a megértés lényegében minden tudomány, maga az emberi lét alapvető lényege (Gadamer 2003; Rác és mtsai 2016). Az IPA szempontjából lényeges a hermeneutikai kör fogalma is, melynek alapfeltevése, hogy a szöveg a részein keresztül érthető meg, a részek viszont az egészhez viszonyítva: tehát az értelmezés egyfajta körmozgással, a részekről az egész felé, majd vissza, folyamatos újraértelmezéssel valósítható meg (Gadamer 2003; Rác és mtsai 2016). A hermeneutikai hagyomány másik kiemelkedő képviselője Ricoeur, aki többek között a narratív identitás fogalmával járul hozzá az IPA filozófiai alapjaihoz. Az identitás változásait éppen a narratív jellegével, és ezáltal az interpretatív módszerrel lehet leginkább megragadni (Ricoeur 1999; Rác és mtsai 2016). Az élő metaforák pedig biztosítják hozzáférést olyan tapasztalatokhoz és értelmezésükhöz, melyek nem csak leírják a valóság egy szeletét, hanem új tapasztalatot is jelentenek egyben (Ricoeur 2006).

### 2.3. A kutatási elrendezés rövid bemutatása

Az értekezés következő fejezeteiben azt a hosszas kutatási folyamatot mutatom be, mely végül az IPA kutatások létrejöttéhez, és a disszertáció megírásához vezetett. A kvalitatív kutatásoknál elvárható kutatói reflektivitás jegyében minden előkutatási munkát bemutatok és tárgyalok, így megvilágítva azt a gondolatmenetet, mely megalapozta az interpretatív fenomenológiai módszer alkalmazását. Az adat-triangulációhoz szükséges anyagot az előkutatások második fázisában gyűjtöttem, így növelve az IPA-kutatás megbízhatóságát. Így az elemzések anyagát nem pusztán szüléstörténetek adják, hanem tematikus képekre adott válaszok, és kontextuális (tehát nem kizárólag az adott szüléstörténetre vonatkozó) kérdések adják. Különböző módokon több résztvevővel is egyeztetünk a vizsgálat lefolytatása után (member-checking), ezzel is biztosítva az értelmezések relevanciáját. Ezek az utólagos egyeztetések telefonos, személyes vagy levelezéssel történő megbeszélések voltak.

A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta ki, az engedély száma: 43/2015. Eredeti terveink szerint a segítő kapcsolat élményét a vajúdos/szülő nő szempontjából is szeretnénk volna megvizsgálni, így az etikai engedélyt ennek megfelelően igényeltük. 2014. január-február hónapjában el is készült 18 IPA interjú, melyekben anyákat a vajúdos/szülés során, a segítővel megélt élményeikről, tapasztalataikról kérdeztünk. Belátva azonban a doktori értekezés, illetve a kutatás korlátait, az anyai interjúkat az értekezésben nem tárgyaljuk.

### 3. KUTATÁSUNK CÉLKITŰZÉSEI

Az elméleti bevezetőben a vajúdos/szülés pszichológiai aspektusait tárgyaltam, kitérve a vajúdos/szülés során létrejövő segítő kapcsolatok bemutatására is. A téma számos jellegzetessége ragadta meg kutatói érdeklődésemet, a vajúdos/szülés tudományos reprezentációinak feltérképezése, és ezek újraértelmezése önmagában is izgalmas kihívásnak bizonyult számomra. Ugyanakkor a témában elérhető szakirodalmat olvasva csak elvétve találtam választ kérdéseimre és tapasztalataimra. Kutatásom legfontosabb célkitűzése volt, hogy a vajúdos/szülést, mint fenomént vizsgálhassam, a lehető legkevésbé fosztva meg valódi természetétől. Ehhez a kutatói attitűdhöz a kvalitatív módszertan illeszkedett leginkább.

A kutatási kérdések alakulásának, fejlődésének folyamata nyomon követhető a teljes kutatás különböző szakaszainak célkitűzései mentén. A vajúdosról/szülésről általánosságban természetesen lehetetlen tudományos igényességgel írni, így a kutatás első szakasza (Előkutatás I.), lényegében e fenti tételt igazolta. Ekkor édesanyákkal készítettem mélyinterjúkat szülésük történetével és családi állapotukkal kapcsolatban. A *Családi*

*kapcsolatok* reprezentatív szociológiai felméréshez (2009) az egyén és az egyéni élettörténet vizsgálatával kapcsolódott ez a kutatási szakasz. Az értekezésben e kutatási szakasz elméleti háttérét is bemutatom, de mivel érintőlegesen van összefüggésben az értekezés tárgyát képező elméleti szempontokkal és IPA kutatásokkal, ezt csak röviden közlöm.

A későbbiekben a vajúadás/szülés során létrejövő segítő kapcsolat került érdeklődésem középpontjába, mely hermeneutikai szempontból elidegeníthetetlen és definitív összetevője a vajúadás/szülésnek, ugyanakkor ezáltal egy kvalitatív módszerekkel kiválóan vizsgálható kutatási területhez jutottam. Az Elő kutatás II. szakaszának célja vajúadás/szülés során létrejövő segítő kapcsolattal összefüggésben előforduló témák gyűjtése, és az IPA interjúkhoz szükséges teszt-anyag elkészítése volt. Ekkor szülésznőhallgatók és pszichológus szakemberek bevonásával kérdőíves vizsgálatot végeztem, ennek eredményeképpen kiválasztottam az IPA interjúk során használandó tematikus – vajúadást ábrázoló – képeket. A kutatás III. szakaszában került sor a komplex IPA interjúkra és azok elemzésére.

#### 4. ELŐKUTATÁSOK

##### 4.1. Elő kutatás I.

###### 4.1.1. Háttér

Az elő kutatások első fázisában próbainterjúk zajlottak 2010-11-ben. 5 édesanyával készítettem félig strukturált mélyinterjúkat, az eredményeket a szülés, mint életesemény és a család-párkapcsolat összefüggéseinek tükrében vizsgáltam. Az eredmények, összhangban a szakirodalommal, a pozitív szülésélmény, a kötődés, és a társas támasz jelentőségét illusztrálták. Ugyanakkor ebben a szakaszban nyilvánvalóvá vált, hogy a szabadon mesélt szüléstörténet önmagában nem feltétlenül tárja fel a kutatás fókuszában álló témákat.

2009-ben készült egy országosan reprezentatív szociológiai felmérés Családi kapcsolatok címmel (résztevők száma: 1493 fő), amely fiatalok és középkorúak körében vizsgálta a párkapcsolatok alakulását és az arra ható tényezőket. A felmérés célja a fiatalok párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezők alakulásának feltérképezése volt. Ezzel a módszerrel felmérhetők az adott témakör főbb tendenciái, kisebb és nagyobb méretű csoportokra érvényes társadalmi jelenségek. Az egyén és sajátos, egyedi sorsa felől közelítve újabb információkra tehetünk szert, melyet a nagyméretű reprezentatív mintával összevetve ismét értékes információkat nyerünk (Székely 2011b).

A rendszerszemléletű pszichológiai megközelítés szerint a család tekinthető a problémák keletkezésének és a terápiás beavatkozás egységének. A kutatás, vizsgálat, terápia

figyelmének középpontjában a család, annak alrendszerei, illetve az egyén meghatározó családi kapcsolatai állnak (Koltai 2003). A családterapeuták a családi kapcsolatokban interakció, kommunikáció révén igyekeznek változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban. A gyermek születése (bármilyen családforma esetén) kritikus időszaknak tekinthető: olyan életesemény, mely a család (és természetesen a családban élő minden családtag) életére és sorsának alakulására hosszú távon kihat, ezért fontos feltérképezni ezen folyamatok dinamikáját; illetve azt: hogyan és milyen eszközökkel tudnánk segíteni a pozitív fejlődést, a biztonság és felelősségvállalás elősegítését. Az 1980-as évektől mondhatjuk azt, hogy széles elméleti keretben, koherensen váltak magyarázhatóvá a kötődéssel, mint emberi viszonylattal kapcsolatos problémák. A csecsemő- és gyermekkori kötődés, valamint a felnőttkori kapcsolatok alapmintáinak szoros összefüggését számos tanulmányban mutatták ki (Kósáné Koppányi és Mirnics 2007). Életünk első, személyiségünk kialakulása szempontjából erősen meghatározó korszakát a legtöbb esetben kizárólag a családban – vagy a családnak megfeleltethető környezetben – töltjük. A család olyan rendszert alkot, melyben minden tag és minden esemény hatást gyakorol a rendszer egészére, az pedig visszahat az egyénekre is (Boscolo, Cecchin, Hoffman és Penn 2000; Mózes és Vargha 2007). A családban történő változások bizonyos törvényszerűségek mentén zajlanak. Egy testvér születése például, de bármilyen más változás is, felborítja az addig megszokott rendet. A megszilárdult szerepek és szabályok átrendeződnek, újraértelmeződnek. Ez a folyamat addig zajlik, amíg a családban egy új egyensúlyi állapot be nem áll. Természetesen, ahogy a rendszer új taggal való bővülése krízist idéz elő, úgy egy-egy tag kilépése is változást hoz (Mózes és Vargha 2007; Hajduska 2010).

A kérdőíves kutatás eredményeit a mélyinterjúk kutatás szempontjából releváns részleteiben, röviden tárgyalom (Tárkányi 2010). A párkapcsolatok alakulását vizsgáló országosan reprezentatív szociológiai felmérés (Tárkányi 2010) célja volt, hogy tisztább képet kapjunk a fiatalok és a középkorúak párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezőkről az alakulásáról. A makrostatisztikai adatok, a szakirodalomban szereplő főbb szociológiai és demográfiai kutatási eredmények ismertetésén túl a felmérés adatai alapján leírás készült az ifjúság, illetve a párkapcsolatok sajátosságairól Magyarországon. A kutatás eredményeit összegezve Tárkányi egy magyarázó modellt állított fel a párkapcsolatok stabilitásának, a kapcsolattal való elégedettségnek a háttértényezőit illetően. A „populáris kultúra hatása” az a tényező, amely a kiindulópontot jelenti. A modellben szereplő hipotézisek tesztelésének eredményei a párkapcsolatok működésének fontos tényezőire mutatnak rá. Úgy tűnik, a fiatal generációk zömére nem a szoros értelemben

vett promiszkuitás (partnerek sűrű váltogatása) jellemző, hanem főként a viszonylag hosszabb távú, de bizonytalan, zavaros, bomlékony párkapcsolatok. Sőt, meglepően sokan nem élnek párkapcsolatban, és e csoportban szép számmal vannak, akik később sem kívánnak házasságot kötni, élettársi kapcsolatot létesíteni. Az eredmények szerint egyre későbbi életkorban kötnek házasságot az emberek, amiben a karrier-építés, az individualista társadalom követelményei, a szingli életmód terjedése játszanak szerepet. Ebbe a látogató párkapcsolat belefér, de a tartós párkapcsolat, úgy tűnik, nem. Talán ez életkori probléma is – nem csak a szülőkről való leválás ideje, az önálló élet kezdése tolódott ki (hosszadalmas diák státusz, és az ezzel járó kiszolgáltatottság a szülőnek, gyermek szerep), hanem az identitás-meghatározás is.

#### **4.1.2. Kutatási kérdések**

Vizsgálatomban<sup>6</sup> az egyszülős (anya és gyermeke) és a kétszülős (anya, apa és gyermeke(i) ) családok szülésélményét, az élmény hatásait igyekeztem feltárni mélyinterjú vizsgálat keretein belül. központi kérdéseim voltak: Hogyan alakul a korai anya-gyerek kapcsolat a családi állapot függvényben? A szülés élménye hogyan befolyásolja a párkapcsolat minőségét, és ezáltal a későbbiekben a család alakulását? Hogyan jelenik meg a kérdőíves kutatás során nyert információ az egyéni sorsokban, egyedi esetekben?

#### **4.1.3. A vizsgálati alaphelyzet**

A vizsgálat megkezdése előtt szóbeli beleegyezés kérése és tájékoztatás történt a hangfelvétel készítéséről, és az adatok biztonságos kezeléséről. A hangfelvételeket kizárólag a vizsgálatot vezető tárolja és hallgatja meg, az arról készült írásos anyagban semmilyen visszakövethető adat (pl. név, helyszín, időpont) nem szerepel. A vizsgálatban résztvevő személyek és a további szereplők keresztneve helyett betűjelölést (A-B-C-D-E) használok. Ha szükséges, az adatvédelem érdekében az interjú egyes részeit a vizsgálat elemzéséből kihagyok, erre az értekezés során minden esetben utalok. Az interjú felvétele után a vizsgálatban résztvevő személyek kitöltötték a keretkutatáshoz tartozó kérdőíveket.

Félig strukturált mélyinterjú keretében három stabil párkapcsolatban élő anyával (kettő házasságban élő, és egy élettársi kapcsolatban élő nővel), és kettő egyedülálló anyával beszélgettem. A stabil párkapcsolat alatt „jó házasságban” élest, azaz erős kötődést és közös problémamegoldási készségeket, illetve közös jövőképet határoztunk meg.

---

<sup>6</sup> A teljes kutatási kontextust és az együttműködési szerződést lásd a mellékletben.

Az interjú fókuszja a várandósság és a szülés személyes története volt, emellett más, párkapcsolattal, családi élettel, és egészségi állapottal összefüggő témákat is felvettem.<sup>7</sup> Ezenkívül kérdeztem az életkorra, a lakóhely típusára, a tágabb családi környezet felépítésére, az iskolai végzettségre és a vallásosságra vonatkozó adatokat.

#### **4.1.4. A vizsgálatban résztvevő személyek**

A: 1978-ban született nő, fővárosi lakos, házas, egy 8 hónapos gyermeke van.

B: 1978-ban született nő, fővárosi lakos, házas, egy 4 hónapos gyermeke van.

C: 1978-ben született nő, falusi lakos, hajadon, látogató élettársi kapcsolatban él, 14 hónapos a gyermeke.

D: 1974-ben született nő, kisvárosi lakos, kétszer elvált; jelenleg egyedülálló, két házasságból négy gyermeke van (köztük egy ikerpár), 16, 12-12 és 5 évesek.

E: 1974-ben született nő, kisvárosi lakos, elvált, élettársi kapcsolatából kilépett; jelenleg egyedülálló, egy 10 éves gyermeke van.

#### **4.1.5. Általános megfigyelések a szülésről szóló beszámolók kapcsán**

A szülés, mint jelentős esemény, mind az egyén, mind a család rendszerének működésébe bepillantást enged – a felfokozott érzelmek, a szélsőséges helyzet megmutatja a hétköznapiakban esetleg nehezebben tetten érhető értékeket, vélekedéseket, érzelmeket is. Így tehát az egyéni történetekből, egyéni élethelyzetekből értékes információkat nyerhetünk.

A vizsgálat során megfigyelhető volt, hogy interjúalanyaim segítőkészen, nyitottan vettek részt a beszélgetésben, ugyanakkor előfordult, hogy nehezen fogalmazták meg egyéni élményüket. Beszámolójuk alapján egyiküknél sem beszélhetünk traumatikus szülésről. Traumatikus szülés alatt olyan negatív szülésélményt értek, amely egyértelműen összefüggésbe hozható a szülés utáni pszichés, ill. kapcsolati zavarokkal; legtöbbször tehetetlennek, erőszak áldozatának érzik magukat a nők szülés közben, és sokáig (akár évekig) nem tudnak szabadulni a szülés élményétől. Ilyen lehet pl. egy egészségügyi szempontból problémamentes szülés is, ha az anya erőszaknak éli meg az aktív szülésvezetést – de természetesen ide tartozhat a komplikált szülés is (Molnár 2015; Kitzinger 2008; Herman 2011). Kiemelendő, hogy sokszor vezető okként szerepel a traumatikus szülés a további gyermekvállalás elutasításában (Kitzinger 2008). Az édesapák egy kivételével (C. története) minden esetben jelen voltak a szüléseknél, amennyire lehetséges volt, legalább a kórházba

---

<sup>7</sup> az interjú témákat részletesen lásd a mellékletben

elkísérték párjukat. Négy nő feltételezhetően mentálisan egészséges volt, egyikük (D.) elmondása szerint a vizsgálat lefolytatásának idején is pszichiátriai kezelés alatt állt, bipoláris depresszió diagnózissal.

#### **4.1.6. Eredmények összegzése**

Az interjúk eredeti szövegének közvetlen felhasználására (idézetek) nem kaptam engedélyt, ezen mélyinterjúk még nem az IPA kutatás keretein belül készültek, így az eredmények összegzése a kutatói értelmezést tartalmazza. A családi kapcsolatok meghatározzák az egyén biztonságérzetét, amely pedig visszahat a család, mint egység stabilitására. Egyén és közösség kölcsönösen erősíti egymást – vagy kölcsönösen gyengíti, vagy rombolja. Egyértelműen látszott, hogy a házasságban élő nők számára nem merülnek fel olyan életproblémák, mint az egyedülállók esetén, hiszen az alaphelyzet más kontextusba helyezi a nehézségeket. Egyedülálló nőként nem terhelnék rá másokra az egészségügyi, vagy más problémáikat. A házasságban élőknel viszont természetes, hogy a saját egészségi problémájuk a család problémája is, a megoldásokat közösen, közös erőforrások igénybevételével keresik: az orvoshoz menés, a gyerekefelügyelet, az ápolás közös feladatot és megoldható problémát jelent, a pár és a tágabb család segítségének igénybevételével. A tágabb családhoz való kötődés nagyon változó volt. A három jelenleg egyedülálló nő (C; D; és E.) párkapcsolati történeteiből kiderül, hogy az életük, párkapcsolatuk jellegét tekintve folyamatosan változik, így alkalmazkodniuk kell ezekhez a változásokhoz – ha házasságban éltek, az elmúlik, ha élettársi kapcsolatban, az is fel tud bomlani, és az egyedülálló életforma is átmeneti (bár egyikük esetében tudatosan választott, és „végleges” döntés). Ez a folyamatos dinamikus változás, mely megváltoztatta az eredeti változók kontrollálását, rávilágít arra, hogy a jelenleg stabilnak vagy instabilnak gondolt párkapcsolatok nagy biztonsággal a jelen helyzetben, illetve visszamenőleg értékelhetők, elemezhetők.

A kora gyermekkori kapcsolatok mélyen befolyásolják a kötődési képességet, így a későbbi felnőtt párkapcsolat sikerességét is (pl. Péley 2004; Andrek 1997). A párkapcsolat sikerességét továbbá befolyásolja az erre épülő szülői modell, amely lehet követendő vagy elvetendő, de ez részben tudatos elhatározás függvénye („olyan leszek”/„nem leszek olyan”). Jelentős szerepe van az önismeretnek, és ebből következően az életvezetési tanácsadásnak – kiemelkedő példa erre a serdülőkori szexuális felvilágosítás, az életkori sajátosságként megjelenő szereppróbatások pozitív kiaknázása. A felnőttkori rossz választásokkal kapcsolatban figyelmet érdemel a menekülés a mérgező családi környezetből – ez természetesen szoros összefüggésben van a fent említett családi modellel. Ilyenkor a



menekülő nem figyel fel párkapcsolatának figyelmeztető jeleire: nem megalapozott a döntés, magas a kapcsolat zátonyra futásának kockázata. Ehhez kapcsolódik sokszor a megfelelő referencia-személyek és az önismeret hiánya is: ha lenne egy „biztos pont” a nő életében, aki talán felhívná a figyelmét a helyzet visszásságaira; ha tisztában lenne döntésének hátterével, körültekintőbb és óvatosabb lehetne.

Bár a vizsgálati anyagában nem szerepelt egyértelmű példa a sodródásra, mégis fontos megemlítenünk, hogy súlyos érzelmi hiányállapotot, esetleg kapcsolatfüggőséget jelez; s mindez szintén korai kötődési zavarok alapján szerveződik.

Volt azonban példa a kapcsolat kihülésére (C. és E.): ha a partneri viszony biztos alapja hiányzik, akkor hiába „foglalja el magát” a pár különböző közös tevékenységekkel (pl. közös otthon megteremtése, gyermekvállalás); ugyanígy a megújulási potenciál hiánya is megfigyelhető. Ez a folyamat nehezen bejósolható, hiszen legtöbbször rejtetten zajlik. A gyermekvállalással kapcsolatban elmondható, hogy „közös ügy” (kellene, hogy legyen), azaz mindenképpen tekinthető a párkapcsolat szempontjából is egyfajta mérföldkőnek. A szerepek változását követhetjük végig: férj és feleségből apa és anya lesz. Ez egyszerre esély és veszély a párkapcsolatban (élettani krízis: Hajduska 2010; C. Molnár 2006), biztosan nem működhet úgy a közös élet, ahogy addig. A jól bevált rendszer megváltozik, és újat kell helyette létrehozni – nevezhetjük a gyermekvállalást a párkapcsolat próbatételének is. A pozitív, közös szülésélmény nem garancia arra, hogy a későbbiekben a pár együtt marad (még házasság esetén sem). Kétségtelenül egységet kovácsoló élmény, de ha egyébként nincs meg a kapcsolat alapja (kölsönös egymásra hangolódás és támogatás, „közös ügy”), nem tartja össze a családot. Ugyanakkor az eredmények alapján feltételezhető, hogy a jó kapcsolat elősegíti a pozitív szülésélményt (ami a gyermek, az anya-gyerek kapcsolat szempontjából elengedhetetlen), és a jó szülésélmény visszahat a kapcsolatra is.

#### **4.1.7. Konklúzió a jelen kutatás szempontjából**

A mélyinterjúk során számos értelmezhető információt nyerhettem, melyek beilleszthetők voltak a keret-kutatás kontextusába, de úgy tűnik, a kapcsolódó kutatási kérdésekre is csak korlátozott mértékben adott választ. A vajúdás/szülés témakörének alaposabb kifejtésére, és interpretációjára nem volt lehetőség. A párkapcsolat, család és szülés élményeinek összefüggésrendszerét bizonyos mértékig feltérképezhettem, ugyanakkor a mélyinterjúk kutatási célok elnagyoltak és általánosak voltak, a témafelvetések a kutatás lehetőségeihez képest túlzottan átfogónak bizonyultak. Elképzelhető, hogy szavakkal nehezen megfogalmazható ez az élmény; illetve azt is feltételezhetjük, hogy az idői keretek és a jelen

témaválasztás (szülés – párkapcsolati, családi történet) korlátozta a szülés belső élményének kibontását. Ugyanígy nem került sor a szülés során megélt segítő kapcsolat spontán tematizálódására a szövegekben.

## **4.2.Elő kutatás II.**

Ebben a szakaszban határoztuk meg a teljes kutatás célkitűzéseit, melyhez előkészítő munkaként csatlakozik az előkutatások ezen, második része. A segítő kapcsolat tapasztalatának kutatását tűztük ki célul, külön az édesanyák, és külön a szülés körüli segítők szempontjából vizsgálva. A vajúdás/szülés során létrejövő segítő kapcsolat dinamikájának, megélésének reprezentációit szüléstörténetekben vizsgáljuk. Összegyűjtöttük a vajúdás/szülés során létrejövő segítő kapcsolattal összefüggésben előforduló témákat, és elkészítettük az IPA interjúkhoz szükséges teszt-anyagot.

A szüléstörténeti interjúk lefolytatásához komplex vizsgálati anyagot dolgoztunk ki, összhangban a szakirodalom által javasolt kreatív kutatómunka irányelvével (Larkin, M., Watts és Clifton 2006; Rácz és mtsai, 2015; 2016; Charlick és mtsai 2016). A vizsgálati helyzet tehát három részből áll: tematikus képek válogatása – szüléstörténet – kiegészítő kérdések.

Ebben a fejezetben a vajúdással/szüléssel kapcsolatos témák összegyűjtését és a vajúdást ábrázoló képek kiválasztásának folyamatát tárgyalom. A tematikus képek egyfajta projektív felületként előidéznek a vajúdás-szülés körüli érzelmi állapotokat; míg a szüléstörténetek mesélése a narratív szövegalkotás szintjén tárja fel az egyén tapasztalásait és jelentésalkotását. Az egyéni tapasztalatok idiográfiás, részletes elemzését, és az eredmények árnyalt értelmezését az IPA – interpretatív fenomenológiai analízis – módszere teszi lehetővé (Rácz és mtsai, 2015; 2016).

### **4.2.1. A tematikus képek kiválasztásának menete**

Célunk olyan képek kiválasztása volt, melyek egyértelmű és erős érzelmi reakciókat váltanak ki, illetve nyilvánvalóan a vajúdás során létrejövő segítő kapcsolat minősége látható rajtuk. 2 db egyértelműen pozitívnak, és 2 db egyértelműen negatívnak ítélt képre van szükség a mélyinterjú bevezető szakaszához, ahol előre meghatározott kérdéseket teszünk fel a képekkel kapcsolatban. Ez a folyamat mintegy érzelmi előfeszítést hoz létre, mely egyrészt megadja a beszélgetés alapjait, másrészt több érzékleti modalitást is megszólít, könnyítve a vajúdás-szülés narratívájának megközelítését. A 4 kép kiválasztásához 20 db képet szerkesztettem kérdőívbe, ezeken a vajúdás előrehaladása nagyjából ugyanabban a szakaszban van, a segítő

és a vajúdo viszonya látható. A képeket már publikált anyagokból válogattam, a szerzők beleegyezésével.

#### **4.2.2. Háttér**

A képek összeválogatása sok nehézségbe ütközött, a legfontosabb ezek közül a szerzői engedély beszerzése volt. A vajúdas-szülés dokumentációja ritkán nyilvános. A hozzáférhető és a szerzők által felhasználásra bocsátott képek között is, könnyebb volt jó hangulatú, örömteli képeket – jellemzően a kisbaba születésének pillanatát – találni, mint kellemetlen benyomást keltő, negatív hangulatú képet. További nehézség volt a képek változatos minősége (a művészi fotótól a rossz felbontású videó-képfelvételig minden előfordult). A segítő – vajúdo páros jelenetét néhány képen harmadik személy is kiegészítette. A 20 db képet az előbbieken felsorolt szempontok mentén, lehetőségeinkhez mérten változatosságra törekedve választottuk ki. A battéria összeállításakor további szempont volt, hogy választ kapjunk arra kérdésre, vajon a képek mely attribútumai jelentősek a benyomáskeltés során.

A kérdőív kitöltése során mindegyik képet 6 dimenzió mentén, dimenzióként egy-egy állítás értékelésével kellett megítélni, hétfokú Likert – skálán. Az állítások egyrészt pszichoterápiás kapcsolati kérdőívek alapján, másrészt a kutatási célokhoz igazítva születtek meg (Varga és mtsai, 2006; Csabai és mtsai 2009; Pintér és Tringer 2007; Ackerman és Hilsenroth 2001, 2003). Az állítások megfogalmazásánál két fő szempontot vettem figyelembe: egyértelműek és jól megkülönböztethetőek legyenek; továbbá az elvont fogalmakat megengedően jelenítsék meg. Így minden állítás két, egymáshoz szemantikailag közelálló, egymás jelentését árnyaló attribútumot tartalmazott. Az általános benyomásokra vonatkozó állítások az intimitás, illetve az együttműködés és összehangolódás mértékét vizsgálják. A szereplőkre vonatkozó állításoknál arra várok választ, hogy a segítő mennyire türelmes, és a vajúdo mennyire érzi biztonságban magát. A negatív állításokban szintén a szereplők lehetséges állapotából indultam ki: mennyire jellemző a képre az irányítás és teljesítménykényszer, illetve a szorongás, feszültség?

#### **4.2.3. Módszer**

A kérdőívet előre megbeszélte időpontban, csoportos formában töltötték ki a vizsgálatban résztvevő személyek. A kérdőíven semmilyen utalás nem található a vajúdas/szülés tematikájára, de a kitöltése előtt a szóbeli instrukcióban 'vajúdas ábrázoló képek' kifejezést használtam. Sem a képeken látható helyszínekre, sem a szereplőkre vonatkozóan nem kaptak további információt. A vizsgálat befejező részében lezáró, csoportos beszélgetés zajlott.

Az instrukció szerint a kérdőívben szereplő 20 képet egyenként, hat állítás mentén kellett értékelniük, állításonként egy-egy hétfokú skálán, ahol 1 = egyáltalán nem jellemző; 7 = nagyon jellemző. A kérdőív kitöltése után a válaszadókat megkértük, hogy nézzék át újra a kérdőívet, és minden képhez írhatnak bármennyi szöveges megjegyzést. Nem volt kötelező mindegyik képhez írni, és a szövegek tartalma is nyitott volt: az instrukcióban szerepelt, hogy a megmagyarázhatatlan érzelmi reakcióktól (pl. fúj; jaj, de tetszik) a szimbolikus elvont fogalmakig bármi elfogadható, továbbá megkértük a válaszadókat, hogy a technikai reakcióikat is jegyezzék le (pl. zavaró valami a képen). Ezáltal értelmezhetővé vált, hogy melyek az esetlegesen nehezen kezelhető képek (pl. rossz felbontás, túlságosan elvont tartalom miatt), vagy nehezen értelmezhető képek (ahol megosztó, nem egyértelmű válaszok születnek); melyek nem alkalmasak a vizsgálatban való használatra.<sup>8</sup>

#### **4.2.4. A vizsgálatban résztvevő személyek**

A vizsgálatban résztvevő személyeket célzott mintavétel során, homogén mintára törekedve választottuk ki. 19 felnőtt nő töltötte ki a kérdőívet, ebből 14 fő szülésznő hallgató (átlag életkor 20 év), 5 fő pedig pszichológus (átlag életkor 39 év). A kérdőívet kitöltő személyek homogén csoportját több szempontot figyelembe véve alakítottuk ki. Mindannyian segítő foglalkozású nők, akik vagy (leendő) szülészeti szakmájukkal, vagy saját szülésükkel kapcsolódnak a kutatás témájához. Ugyanakkor az életkor és a születéssel kapcsolatos tapasztalat mentén két csoportra oszthatók: a fiatalabb csoport még nem szült, az idősebb csoport pedig igen.

#### **4.2.5. Eredmények**

Tekintetbe véve a képek kiválasztásának módszertani korlátait, továbbá a felhasználás célját, az eredmények értékeléséhez egyszerű leíró statisztikát alkalmaztunk, a kvalitatív kutatási kontextus keretein belül maradván, tehát a szöveges válaszokat is súlyozva és figyelembe véve. A kiválasztott képek kizárólag a jelen IPA kutatás keretei között zajló vizsgálati helyzet részeként, az IPA interjúkkal együtt értelmezhetőek. A későbbiek során sem várunk el számszerűsíthető adatokat, ezért a képek validitásának és reliabilitásának statisztikailag szignifikáns alátámasztását szükségtelennek tartottuk.

##### *4.2.5.1. A számszerű eredmények összegzése és értelmezése*

---

<sup>8</sup> A kérdőív és a hozzá tartozó szóbeli instrukció a mellékletben található.

A képek 15%-a (3 db) alkalmatlannak bizonyult technikai okok miatt: a szöveges értékelésekben értelmezhetetlennek minősítették, így kikerültek az elemzésből: „kevés látszik” „értelmezhetetlen” „félreértelmezhető”. A továbbiakban 17 kép eredményeinek összegzését tárgyaljuk.

#### *A számítás menete*

A pozitív állítások esetében a legtöbb pontszámot, negatív állítások esetében a legkevesebb pontszámot kapott, így a leginkább pozitívnek ítélt kép került kiválasztásra. Egy skálán tehát maximálisan ( $19 \times 7 =$ ) 133 pontot érhetett el egy adott kép, minimálisan pedig ( $19 \times 1 =$ ) 19 pontot. A skálákat először egyenként összegeztem, majd a 4 pozitív skála és a 2 negatív skála összegét és átlagát számoltam ki külön-külön. A legpozitívabbnak ítélt képek a négy pozitív skálán átlagosan 110 (83%) és 112 (86%) pontot kaptak („A” és „B” jelű képek). Ezt az eredményt megerősítette, hogy ezek a képek a negatív skálákon alacsony pontszámot kaptak (tehát kevésbé negatívnak értékelték őket: 35p (26% - „A” kép) és 39p (29% - „B” kép). A szöveges értékelések is megerősítik ezt az eredményt.

A *Személyesség-intimitás*, és az *Egymásrahangelődés-együttműködés* skálák a többi négy skálához képest egyértelműbben mutatják az értékeléseket, sőt önmagukban is tiszta képet mutatnak: ezen a skálán jól elkülöníthetőek a pozitívnak, illetve negatívnak ítélt képek. Ezeket az eredményeket ezért kétszeresen vettem figyelembe, az ambivalensebb értékeléseket kapott skálákat pedig egyszeresen. A kevésbé egyértelmű pontozást mutató skálákon jellemzően több kép kapott hasonló értékeket, illetve az átlag körüli pontszámok voltak jellemzőek: valószínűleg az állításokhoz kapcsolódó szubjektív jelentésadás miatt.

A negatív képek kiválasztása során ugyanezt a számolási módszert alkalmaztam, itt azonban nem voltak ilyen egyértelműek az eredmények. Csak a már említett két skálánál (*Személyesség-intimitás* és *Egymásrahangelődés-együttműködés*) van jelentős, értelmezhető pontszám-különbség a képek között. A többi skála esetében átlaghoz közelebb, sokszor egymásnak ellentmondó értékelések jellemzők, azaz a skálák értékelése nem volt egymással összhangban. Ebben az esetben három olyan kép volt, ahol leginkább negatívnak értékelt képként nagyon hasonló pontszámok jöttek ki. Mindhárom kép közel azonos értékelést kapott: C 50p = 38% (+ skálák) és 74,5 = 56% (- skálák); D 54,8p = 41% (+ skálák) és 81p = 61% (- skálák); E 50,7p = 38% (+ skálák) és 71p = 53% (- skálák). Látható, hogy nemcsak a három kép egymáshoz való viszonya szerint van csekély különbség, de a pozitív és negatív pólusok sem szélsőségesek egy-egy képnél, a válaszadók tehát inkább visszafogottan értékelték őket. Továbbá a többi képhez képest sem olyan egyértelműen szélső értékeket

kaptunk, mint a pozitív értékelésnél. Ezért itt a szöveges értékelések eredményeit is figyelembe vettem. A „C” jelű kép a pozitív skálákon elért legalacsonyabb értékelése, illetve a negatív skálákon való második helyezése miatt kiválasztásra került. A „D” és „E” képek esetében az előbbi 9 db negatív szöveges értékelést kapott, és 0 pozitívat; míg az utóbbi 3 negatívat és 3 pozitívat. Itt figyelembe vettem, hogy egységes vélemények születtek-e, vagy ellentmondásosak.

További szempontot bevezetve, a válaszok számát is megvizsgáltam – minél több válasz érkezik egy képre, annál erősebb reakciót váltott ki. Végül, a „C” és „E” jelű kép nagyon hasonló jelenetet ábrázol, így feltételezésem szerint nehéz lett volna a két képet sorrendbe állítani a majdani vizsgálat során. Így végül a „D” jelű képre esett a választás.

A kiválasztott képek leíró statisztikus eredményei, illetve a képekhez kapcsolódó szöveges értékelések összefoglalása az 1. táblázatban található.

1. táblázat. A képválogatás eredményeinek összegzése: a legerősebb reakciókat kiváltó képek.

Kép	+ és - skálák átlaga	Százalék- érték <sup>9</sup>	Pozitív szöveges értékelés	Negatív szöveges értékelés
<b>A</b> <b>(1.)</b>	+: 112p	86%	megindító, segítőkészség (3x), biztonság, vele vannak,	unszimpatikus
	-: 39p	29%	kényelmes otthoni környezet (2x), biztonság, bizalom, támasz, együtt, abszolút átadás	
<b>B</b> <b>(2.)</b>	+: 110p	83%	spirituális, szexuális, masszíroz a segítő, energia, élvezet, meghitt, erős támogatás, beleéli magát a helyzetbe, teljes összhang (2x),	zavar, hogy a kertben vannak, nagyon unszimpatikus
	-: 35p	26%	biztonság (2x), teljes ellazulás, valódi kapcsolat, extázis, legjobban ez maradt meg (2x)	
<b>C</b> <b>(3.)</b>	+: 50p	38%	nyugalom	nincs kapcsolat, magány
	-: 74,5p	56%		
<b>D</b> <b>(4.)</b>	+: 54,8p	41%	-	kicsit merev és gépies, barátságtalan, segítők a gépet figyeli a nő helyett, intimitás hiánya, hideg és felszínes kapcsolat, munka, rutin, rideg
	-: 81p	61%		

<sup>9</sup> Elért pontszám aránya a maximálisan /minimálisan elérhetőhöz képest.

#### *A szöveges értékelések összegzésének menete*

A kapott válaszokat csoportosítottam pozitív, negatív és semleges kategóriákba, továbbá az létrehoztunk egy 'technikai megjegyzések' kategóriát is, melybe a képek, vagy a befogadás minőségére vonatkozó válaszok tartoznak. Előfordultak kétpólusú szimpátia-válaszok is („szimpatikus”, „unszimpatikus”, „tetszik”, „nem tetszik”). A skálák eredményeinek elemzésénél az összes szöveges választ figyelembe vettük, itt a tartalmi válaszokkal foglalkozunk. Az IPA kutatásokban használatos metodika alapján a válaszokat témákba csoportosítottuk (Rácz és mtsai 2016).

#### *4.2.5.2. A szöveges értékelések értelmezése*

A 2. és 3. táblázatban a pozitív, negatív és semleges tartalmi válaszokat a skálákhoz rendelve mutatjuk be (65-66.o.). A 17 képre vonatkozó összes tartalmi választ feltüntettem idézetként a táblázatban, az így felmerülő témák jó kiindulópontot adnak a további elemzésekhez. A kérdőív kérdéseiből adódnak a fő-témák, melyekhez a felmerülő témákat rendelttem hozzá, tartalmilag csoportosítva. Nem minden felmerülő téma illeszthető be a már meglévő fő-témák alá, és nem minden skálázási dimenzióhoz tartozik felmerülő téma (ezeket az állításokat zárójelbe tettem). Előfordul az is, hogy egy idézet több témához is kapcsolódhat: pl. a „nincs testkontaktus, de összehangolódnak” kifejezés egyaránt kapcsolódik a Testi érintés hiánya' és az 'Egymásra hangolódás-együttműködés' témákhoz. A különböző témák sokszor nem választhatók el élesen egymástól (pl. 'Légkör' és 'Intimitás'/'kapcsolat'). A kérdőív kérdéseikhez, azaz a kutatói előfeltevésekhez képest új témák a 4. táblázatban találhatóak (66.o.). Dőlt betűvel kiemelve a kiválasztott képekhez tartozó idézetek találhatóak.



2. táblázat. Pozitív állításokhoz kapcsolódó szöveges értékelések

FŐTÉMÁK / ÁLLÍTÁSOK	FELMERÜLŐ TÉMÁK	SZÖVEGES ÉRTÉKELESEK (IDÉZETEK)
<b>(Személyesség) Intimitás</b>	testi érintések	„puhaság” „rátámaszkodás” „ <i>masszíroz a segítő</i> ” „ <i>támasz</i> ”
	szexualitás	„ <i>szexuális</i> ” „ <i>élvezet</i> ” „ <i>előjáték</i> ” „ <i>extázis</i> ”
	kapcsolat	„szeretet” „intim kapcsolat” „ <i>valódi kapcsolat</i> ” „megható” „intim” „ <i>megindító</i> ” „ <i>bizalom</i> ”
	Személytelenség - kapcsolat hiánya	„ <i>nincs kapcsolat</i> ” „ <i>személytelen</i> ” „szemkontaktus hiánya” „tárgyasítottság” „nem látják egymást” „ <i>intimitás hiánya</i> ” „ <i>hideg és felszínes kapcsolat</i> ” „együttérzés hiánya” „távolságtartó” „idegenek” „érdektelenség”
	Testi érintés hiánya	„nincs testkontaktus, de összehangolódnak” „kézfogás hiánya”
<b>Egymásra hangolódás – együttműködés</b>		„ <i>teljes összhang</i> ” „mellettünk van” „figyelem” „vele vannak” „ <i>együtt</i> ”
<b>Segítő türelmes – elfogadó</b>	érzelmi-kapcsolati támasz	„ <i>erős támogatás</i> ” „ <i>beleéli magát a helyzetbe</i> ” „megnyugtató segítő” „türelmes” „megértő” „ <i>segítőkézség</i> ” „ <i>lelki segítség</i> ”
	szakmai tudás	„tapasztalt, tudja, minek hol a helye” „jó megoldás”
<b>Vajúdó biztonságban</b>		„biztonságérzet” „biztató” „szokatlan pózban is tud vajúdni” „biztonságérzetet ad” „ellazult vajúdó” „ <i>teljes ellazulás</i> ”

3. táblázat. Negatív állításokhoz kapcsolódó szöveges értékelések

FŐTÉMÁK / ÁLLÍTÁSOK	FELMERÜLŐ TÉMÁK	SZÖVEGES ÉRTÉKELÉSEK (IDÉZETEK)
<b>Szorongás – félelem</b>	szorongás	„pici szorongás” „félelem” (2x) „ijesztő arcú terhes” „riasztó”
	feszültség	„kényszeredettséggel” „feszültségkeltő” „feszültség” „kínos” „rossz ránézni”
<b>Irányítás (Teljesítmény- kényszer)</b>		„szigor” „fegyelem” „kicsit merev és gépies” „vajúdó fölé tornyosulnak”

4. táblázat. Az állításokhoz tematikusan kevésbé kapcsolható újabb felmerülő témák

FELMERÜLŐ TÉMÁK	SZÖVEGES ÉRTÉKELÉSEK (IDÉZETEK)
<b>Undor</b>	„segítő undorodik” „túl közeli – túl intim” „zavarbaejtően intim” „undort kelt”
<b>Fájdalom</b>	„fájdalom”
<b>Egyedüllét</b>	„magára hagyja a vajúdót” „magány”
<b>Megváltozott tudatállapot</b>	„távolság” „hullámlás” „energia” „átadás” „teljes önátadás” „abszolút átadás”
<b>Transzcendencia</b>	„spiritualitás”
<b>Léggör</b>	„nyugalom” „megnyugtató” „biztonság” (3x) „nyugodt, kellemes léggör” „családias” „meghitt”
<b>Rossz léggör</b>	„rideg” (2x) „leghidegebb” „érdektelenség” „aktivitás hiánya”
<b>Szakmai tudás és támogatás negatív értékelése</b>	„a segítő a gépet figyeli a nő helyett” „rutin” „nem segít” „közömbös segítő” „támogatás hiánya” „nincs összefogva a haja a segítőnek” „hideg és felszínes kapcsolat” „tárgyasítotttság”

#### 4.2.6. Konklúzió

Úgy tűnik, a 'Személyesség', mint fogalom nem értelmezhető a válaszok alapján. Feltételezem, hogy jelentése nagyjából egybeolvad az 'Intimitással', ugyanakkor a személyes kapcsolatra utaló szövegeket a 'Segítő türelmes és elfogadó'/'érzelmi kapcsolati-támasz' csoportba soroltam. A személytelenség, mint a kapcsolat (személyesség) hiánya ugyanakkor elkülöníthetően megjelenik, ide kapcsolódik többek között a 'Egyedüllét' és a 'Rossz légkör' témája is. Úgy tűnik, az 'Intimitás', az 'Egymáshangolódás-együttműködés', és a 'Segítő türelmes és elfogadó' főtémák lényegében ugyanannak a témának a többszemponútú megközelítései: a segítő kapcsolat megélését tükrözik, különböző aspektusokból. Szorosan kapcsolódik ide a 'Vajúdo biztonságban' főtéma és a 'Légkör' téma. A helyszín, mint téma megjelenésére számítani lehetett, hiszen a bemutatott képek valódi jeleneteket ábrázolnak, ahol legtöbbször látható a vajúdas helyszíne is. A 'Szakmai tudás' megkülönböztethető alcsoportként jelenik meg, de természetesen ez is erősen összefügg az előbbi témákkal. A válaszokat és témákat tehát annak mentén is elkülöníthetjük, hogy a képek szereplőiről vagy a válaszadóról szólnak-e. Az elvont fogalmak (pl. „intim” vagy „nyugalom”) egyszerre jelenthetik a képnek tulajdonított attribútumokat és a válaszadó belső állapotait. Az 'Undor'-hoz kapcsolható tartalmak szintén a válaszadó szempontjából világítják meg a túl erős, váratlan, és ezáltal zavarbaejtő ingerekre adott reakciókat. A minta kis elemszáma, és a szövegek értelmezési korlátai miatt a szöveges értékeléseket kvantitatív elemzésnek nem vettem alá, mégis jelentést tulajdonítok annak, hogy a 'Fájdalom', mint téma, csupán egyszer jelent meg a válaszok között, és lényegében nem kapcsolható más témákhoz. A vajúdással, szüléssel kapcsolatos hétköznapi diskurzusban nagyon gyakori, sőt elsődleges asszociáció a fájdalom témája; így még inkább feltűnő, hogy a széles tartalmi spektrumon mozgó válaszok ezt a témát alig érintik. Ugyanakkor a vajúdas – szülés tudományos diskurzusában ritkán megjelenő téma a szexualitás és a transzcendencia: ezek olyan, nehezen megközelíthető, személyes narratívák, melyek gyakorlatilag tabunak számítanak. Megállapítható tehát, hogy a vajúdas/szülés témakörében a képeken közvetített segítő kapcsolat kiemelt jelentőségű, a vizsgálatban résztvevő személyek válasza alapján számos kapcsolati attribútum merült fel, tovább árnyalva a kérdőív állításait. A kiválasztott képek nagy valószínűséggel alkalmasak a téma előfeszítésére és illeszkednek az Ipa kutatás céljaihoz. Amint azt az IPA elemzések során látni fogjuk, az előkutatás során felbukkanó témák különböző szempontok szerint, újra és újra előkerülnek az interjúkban is.

## 5. IPA ELEMZÉSEK

### 5.1.KONTEXTUS

#### 5.1.1. A kutatás célja

Ha azt feltételezzük, hogy a gyógyító kapcsolatok egy speciális eseteként tekinthetünk a vajúadás/szülés körüli segítségnyújtásra, akkor arra a következtetésre juthatunk, hogy az egészségügyi szakdolgozók páciensekkel való kapcsolataira irányuló kutatásokból nem általánosíthatunk teljes mértékig a vajúadás/szülés területére. A vajúadás/szülés segítése valóban értelmezhető a medikális, egészségügyi ellátás keretei között is, ugyanakkor a vajúadás/szülés önmagában véve nem betegség, a vajúadó nő nem páciens, és ez a tétel következményekkel jár a segítő kapcsolatra nézve is. Kvalitatív kutatásunkban a vajúadás/szülés segítő kapcsolatai közül kifejezetten a nők közötti szaksegítség területét vizsgáljuk. Célunk a női segítő – szülésznők, bábák, dülák – kapcsolati élményeinek feltárása volt. Az előkutatás eredményei, szakirodalmi források és gyakorlati tapasztalatok szolgáltatták a kutatás főbb elemeinek meghatározását. A kutatási felhívás szövege szándékosan olyan személyeket szólított meg, akik – egyetértve a kutatás céljával – fontosnak tartják a szülés során létrejövő kapcsolatot, így motiváltak voltak a kutatásban való részvételben.

#### 5.1.2. A kutatás kérdései

Az IPA elemzések esetében a kutatók csak néhány, átfogó kutatási kérdést fogalmaznak meg, és bár előfeltevéseinket beépíthetjük a vizsgálati helyzet megkonstruálásába, ezen túlmenően a vizsgálatban résztvevő személyek történetei, tapasztalatai és jelentésadási folyamatai határozzák meg az elemzés további irányát (Osborn és Smith 1998; Rác és mtsai 2016). Kutatásunkban arra voltunk kíváncsiak, hogyan élik meg a szülés körüli segítő a szülés során létrejövő segítő kapcsolatot? Milyen tapasztalataik vannak a vajúadó/szülő nő segítségével kapcsolatban, és hogyan értelmezik ezt?

Második szintű – a kutatói értelmezés szempontjait is magába foglaló – kutatási kérdéseink a következők voltak: Hogyan használhatóak magyarázó elvként a pszichoterápiás kapcsolatról alkotott pszichodinamikus elméletek a szülés körüli segítéssel kapcsolatban? Hogyan jelennek meg a nem-specifikus (gendered) szempontok a vajúadás-szülés körüli segítség tematikájában?

#### 5.1.3. Kutatási elrendezés

A vizsgálatban résztvevő személyek toborzása egy rövid írásos tájékoztatóval történt, mely tartalmazott általános tájékoztatást is a témával kapcsolatban.<sup>10</sup> Jelentkezéskor igény szerint további tájékoztatást adtunk, mind írásban, mind szóban. A vizsgálat megkezdése előtt szóbeli beleegyezés kérése és tájékoztatás történt a hangfelvétel készítéséről, és az adatok biztonságos kezeléséről. A hangfelvételeket kizárólag a vizsgálatot vezető tárolja és hallgatja meg, az arról készült írásos anyagban semmilyen visszakövethető adat (pl. név, helyszín, időpont) nem szerepel. A vizsgálatban résztvevő személyek és a további szereplők keresztnévét megváltoztatva használom. Ha szükséges, az adatvédelem érdekében az interjú egyes részeit a vizsgálatból kihagyjuk, erre az értekezés során minden esetben utalok.

Tájékoztattuk a vizsgálat résztvevőit, hogy a vizsgálat önkéntes, akár menet közben is abbahagyható. A résztvevő személyek írásbeli beleegyező nyilatkozatot is kitöltöttek.<sup>11</sup> Bármilyen kérdést, bármikor fel lehet tenni a vizsgálat folyamán, a diktafon kikapcsolását lehet kérni. Mivel előfordulhat, hogy érzelmileg erősen igénybe veszi a vizsgálatban résztvevő személyeket a beszélgetés, nem csak módszertanilag fontos visszajelzéseket adtam, hanem a történethez kapcsolódóan együttérzéssel és támogatóan is rendelkezésre álltam az interjú során. A beszélgetés végén biztosítottam az érzelmi visszarendeződést: sürgetés nélkül, időt hagyva a történet lecsengésének, a diktafon kikapcsolása után is. A vizsgálat befejezte után, a kutatásról beszámolót küldünk az érdeklődőknek, illetve biztosítjuk a további kérdések, esetleg kapcsolattartás lehetőségét.

Az interjú során kiegészítő jegyzeteket készítettünk egy előre elkészített segédlapra.<sup>12</sup>

#### **5.1.4.A vizsgálati helyzet**

Általánosságban elmondható, hogy a kutatási interjúkban résztvevő személyek hasonló intimitást, biztonságos légkört igényeltek, mint amit egy pszichoterápiás első interjú során – vagy továbbmenve a hasonlaton: mint amit vajúdás/szülés során igényelnek a vajúdok (Argelander 2006; Vajda 2006; Tóth 2008). Mind a segítők, mind az anyák „élő” történeteket jelenítettek meg, minden érzelmi-indulati töltet, kérdés vagy kétely megjelent újra a beszélgetés során. Ezeken a történeteken nem lehetett kívül maradni, akár segítőként, akár anyaként hozták őket az interjúalanyok. Bár voltak egyéni különbségek – akár átélésben, akár magában a történet „húzóerejében”, többnyire igaz volt az is, hogy a résztvevők igényelték a visszajelzéseket, értelmezéseket, érzelmi ráhangolódást. Fontos volt mesélniük, elbeszélniük a

---

<sup>10</sup> Kutatási felhívás, melléklet.

<sup>11</sup> Tájékoztató és Beleegyező nyilatkozatok, melléklet.

<sup>12</sup> Kiegészítő kérdések, melléklet.

történetet, újraélni, újraértelmezni a saját narratívájukat. Mindannyian motiváltak voltak abban, hogy segítsenek a kutatás létrejöttében.

#### *5.1.4.1. Tematikus képek értékelése.*

A képekre vonatkozó kérdések rövid összefoglalása:<sup>13</sup>

*Elsőként sorrendet kell felállítani a legpozitívabb képtől a legnegatívabb képig.*

*Ezután a pozitív képekről kezdünk el beszélgetni, milyen asszociációi vannak az interjúalanyoknak, mit élhetnek át a szereplők?*

*Mit mondhatnak a szereplők?*

*Adjon címet a képeknek!*

*A negatívnak választott képekkel is végigmegyünk ezen a feladatsoron.*

*Melyik az a kép, amelyik a saját szülésére emlékezteti, arra, amelyikről beszélni fog?*

A vizsgálati helyzetben használt képek szervesen illeszkedtek az interjúhelyzetbe, ugyanakkor számos esetben eltértünk a standard vizsgálati helyzettől. A bizalmi légkör megteremtéséhez néhány alkalommal szükség volt arra, hogy igazodjunk az interjúalanyok igényeihez. Az előre meghatározott kérdések közül nem kaptunk minden esetben mindegyikre értékelhető választ. Ugyanakkor sok esetben a képekről kialakuló benyomások megfogalmazása spontán irányította a beszélgetés fonalát, mely igen értékes vezérelvnek bizonyult. Így az elemzés és az értékelés során egységes egésznek kezeltük a vizsgálati helyzetben elhangzott szöveget. Az IPA elemzések minden egyes szakaszában részletesen kitérek az adott interjúk körülményeire.

#### *5.1.4.2. Interjú – szüléstörténet és ezzel kapcsolatos témák.*

Ezután a szabadon választott szüléstörténet mesélése az interpretatív szövegalkotás szintjén tárja fel az egyén tapasztalásait és jelentésalkotását. A szüléstörténet kiválasztásához két szempontot ajánlottunk fel: egy olyan, saját gyakorlatból származó történetet kértünk, amely számukra a segítség szempontjából jelentőségteljes; és amelyben segítő kapcsolati élményeik előtérbe kerülnek. Az interjú témáinak felépítése tölcészerű: általános kérdések felől haladtunk az egyedi és konkrét szüléstörténet felé (Smith és Osborn, 2007; Rác és mtsai 2016).

---

<sup>13</sup> A tematikus képeket és a kérdéseket teljes egészében lásd: Melléklet

### 5.1.4.3. Kiegészítő kérdések.

Ha a szüléstörténet spontán nem, vagy csak érintőlegesen tartalmazta a kutatás szempontjából releváns témákat, a beszélgetés fonalához és tartalmához igazítva strukturált kérdéseket alkalmaztunk.<sup>14</sup>

5.táblázat: A vizsgálati helyzet felépítésének vázlata:

<b>Eszköz:</b>	<b>Tematikus képek</b>	<b>Szüléstörténet</b>	<b>Strukturált kérdések</b>
<b>Cél:</b>	általános vélemények feltárása, érzelmi ráhangolódás	tapasztalatok és interpretációk feltárása	elhangzottak tisztázása, önfeltárás elősegítése, témák felvetése
<b>Kérdések, instrukciók:</b>	Milyen a jó segítő Ön szerint?	Meséljen el egy szüléstörténetet, ami a segítség szempontjából jelentős; amiben előtérben van a segítő kapcsolat élménye.	Hogyan alakult a pályafutása? Hogy képzeled el a jövőt? Mennyire és hogyan befolyásolnak a saját szülésélményei? Hogyan küzd meg a stresszel?

A kutatás lefolytatása során, egyedi esetekben derült ki, hogy többen felismerték az egyik képen szereplő személyt. Erre a módszertani akadályra ez előkutatás során, és a kezdeti néhány interjú lefolytatása alatt sem derült fény, így a kutatók jóhiszeműen alkalmazták az eredeti szerzők és tulajdonosok által felhasználásra engedélyezett képsorozatot. Amint a tudomásunkra jutott ez a tény, előre felhívtuk a résztvevők figyelmét, illetve felajánlottuk a lehetőséget, hogy visszautasítsák ezt a feladatot (de az interjú többi részét lefolytassuk). A kutatási eredmények elemzését ezért szigorú megszorításokkal hajtottuk végre: az eredményeknek csak azon részeit használtuk fel az elemzés során, melyek nem sértették a képen szereplő személy személyiségi jogait. Ezeket a képeket nem publikáljuk, a mellékletbe utólag retusálva illesztettem be. A továbbiakban a vizsgálati személyek bemutatásánál az adott szakaszban mindig jelezzük, hogy a képek értékelése hogyan zajlott e szempont szerint.

### 5.1.5. Többlépcsős elemzés

A szakirodalom PhD szintű kutatásokhoz többlépcsős IPA elemzést javasol, melyben a vizsgálatban résztvevő személyek homogén csoportját további szempontok szerint újabb

<sup>14</sup> A kiegészítő kérdéseket lásd melléklet.

csoportokra bontjuk (Smith és mtsai 2009; Rác és mtsai 2016; Charlick és mtsai 2016). Ebben a szisztémában az interjúk egy különleges esetétől haladunk az egyre nagyobb csoportokra bontott interjúelemzések felé, a következők szerint:

1. esettanulmány (1 bába)
2. 2 fős minta elemzése (2 szülésznő-dúla)
3. 4 fős minta elemzése (4 kórházi szülésznő)
4. 7 fős minta elemzése (4 bába és 3 dúla)

Az adott szakaszban minden alkalommal kitérek arra, milyen szempontok szerint válogattuk be az interjúkat elemzésre. Az értekezés összefoglaló részében a teljes kutatási anyagra vonatkozó értelmezéseket és diszkussziót is tárgyalom. A felmerülő témákat és a főtémákat tárgyaló egyes fejezetekben található összefoglaló táblázatok: ezek mintegy kivonatolva, szűrve tartalmazzák az egyes témákra vonatkozó releváns idézeteket. Az elemzések különböző szakaszaiban az adatfeldolgozás nem feltétlenül egységes, reflektálva az adott témákra és összefüggésekre, így ennek megfelelően az összefoglalások sem mutatnak teljesen egységes képet. Egyes interjúrészleteket terjedelmük mérete, ugyanakkor koherenciájuk megtartása érdekében a mellékletbe illesztettem.

#### **5.1.6.A vizsgálatban résztvevő személyek**

A vizsgálatban 5 kórházi szülésznő, 5 bába és 4 dúla vett részt.

Nevüket megváltoztattuk, az interjúk szövegében található anonimitást sértő utalásokat (pl. helyszínek, időpontok) felismerhetetlenné tettük. A vizsgálatban résztvevők főbb szociodemográfiai adatait a következő oldalon, a 6. táblázat tartalmazza (73.o.).



6.táblázat. A vizsgálatban résztvevő személyek

szakasz	személyek	életkor	munkahely	hány éve praktizál
<b>1. lépcső rendhagyó vizsgálati helyzet</b>	Bori (bába)	47	otthonszülések	20
<b>2. lépcső kezdő szülésznők</b>	Anna (szülésznő, dúla gyakornok)	25	fővárosi kórház	4
	Mária (dúla – szülésznő gyakornok)	50	fővárosi kórház	6
<b>3. lépcső tapasztalt, vezető szülésznők</b>	Szilvia (szülésznő)	57	fővárosi kórház	30
	Katalin (szülésznő)	60	fővárosi kórház	34
	Éva (szülésznő)	56	vidéki kórház	30
	Rozi (szülésznő)	54	vidéki kórház	28
<b>4. lépcső intézményen kívül</b>	Vera (bába)	58	otthonszülések	29
	Ildikó (dúla – bábatanonc)	52	otthonszülések, kórház	5
	Enikő (bába)	38	otthonszülések	10
	Emese (bába)	49	otthonszülések	18
	Klára (dúla)	42	kórház	6
	Dóra (dúla)	40	kórház, otthon	8
	Teri (dúla)	47	kórház, otthon	20

## 5.2.ELSŐ LÉPCSŐ: ESETTANULMÁNY

A kutatási interjúk közül egy bábával készült beszélgetést emelek ki. Ez az interjú számos ponton eltér a kutatás módszertani kereteiben meghatározott feltételektől, ugyanakkor megrendítő, a téma szempontjából nagyon is releváns beszélgetésről van szó, így nagyon fontosnak tartom, hogy valamilyen formában ez a történet is megosztható, konstruálható, interpretálható legyen. Tekintettel arra, hogy a helyzet számos ponton eltér a megszokottól, a bemutatás és az értelmezés is ennek megfelelően alakul. Az IPA elemzéseknél megszokott módon a kutató személyes elköteleződése, szakmai meggyőződése biztosítja a kutatás relevanciáját (Kaló 2014; Smith és Osborn 2007; Rácz és mtsai 2016). Ebben az esetben a kutatási interjú bemutatása szinte elválaszthatatlan a kutató személyes jelenlététől, így ez szükségszerűen tükröződik az értekezésben is. A pszichoterápiás esettanulmány hagyományos és jelentős tudásforrás (Pintér G. 2000), IPA esettanulmányom pedig a pszichoanalitikus – pszichoterápiás hagyományhoz igazodva kiemelten értelmezi a kutatási interjú szcénájában zajló interszubjektív és mentalizációs folyamatokat is.

### 5.2.1. A vizsgálatban résztvevő személy

Bori húsz éve gyakorló bába, az interjú napján reggel 9 órakor, egy éppen befejeződött szülés után 'esik be' hozzám a megbeszélte időpontra, néhány óra alvás után. Felajánlom neki, hogy halasszuk el a beszélgetést, de ragaszkodik hozzá, hogy beszéljünk, én pedig elfogadom ezt a helyzetet – megtiszteltetésnek érzem, hogy időt és energiát szán rám.

### 5.2.2. Kutatási elrendezés

A vizsgálat első szakaszában, a képválogatás feladatban többnyire szakmai válaszokat ad, személyes véleménye inkább a szakmai hitvallásában jelenik meg. Mivel felismeri az egyik szereplőt, a képekre adott válaszoknak csak azon elemeit használjuk fel, melyek nem hozhatók kapcsolatba azzal a képpel/személlyel. A feladat egyik részét (címet kellene adni a képeknek) el is hátrítja. A kutatási helyzet szokatlansága, az interjú felbomlott struktúrája enyhe szorongással tölt el, nehezen tudok figyelni, inkább magamra, a reakcióimra koncentrálok – jó lesz-e, hogy lesz jó? Át szabad-e lépnem határokat, és ha igen, melyike(ke)t, mennyit, hogyan? Egyre inkább érzem, hogy át kell adnom az irányítást, annak érdekében, hogy beszélgetésben maradhassunk. Az instrukció során arról is tájékoztatom, hogy egy konkrét szüléstörténetet kell majd elmondania, de Bori sokáig nem tud dönteni,

melyiket válassza – már az interjú elején leszögezi, hogy arról a szülésről nem akar beszélni, ami éppen most fejeződött be. Ennek ellenére, a beszélgetés során újra és újra utal rá egy-egy mondatban. Ezeket az utalásokat nem feszegetem különösebben, hagyom, hogy alakuljon magától a beszélgetés. Nem kifejezetten „bölcshelátás” okán, hanem egyfajta sodródás, tehetetlenség-érzés kíséri ezt a helyzetet – sőt, e sorok is utólagos interpretáció eredményei, ott és akkor kényelmesen működőnek éreztem magam. Mivel nem tudott választani történetet, kérdéseket teszek fel – a kutatási interjú módszertani keretei szerint ennek a beszélgetés végén kellene történnie.

### **5.2.3. Az interjúban felmerülő témák**

#### **„Mintha az almát a körtével akarnám összehasonlítani” – a vajúadás/szülés helyszíne**

Mivel Bori otthoni szülésekhez járó bába, az interjú szövegében megjelenik a kórházi és az otthoni körülmények egymáshoz való viszonya, amit Bori szerint „*lehetetlen összehasonlítani*”. Megfogalmazza, hogy tapasztalatai szerint kórházi körülmények között a vajúadó nőnek szinte semmilyen folyamat vagy döntés felett nincsen kontrollja, egyszerűen kiszolgáltatott a medikális protokollnak. Meglátása szerint ez nem az egyes szakdolgozók felkészültségén vagy hozzáállásán múlik, hanem egy rosszul működő rendszer nem ad lehetőséget a vajúadás/szülés megfelelő támogatására. Ennek a folyamatnak a segítők is áldozatai: „*Ember legyen a talpán, aki képes kemény – vagy nem kemény maradni*” és

„*A személyzetnek sincs meg már az a női ereje, valahol már... mielőtt belépett a munkahelyére, elveszett...*” Jellemző, hogy megfogalmazásaiban kiemeli a történetek egyediségét, ugyanakkor nagyobb összefüggésekben is gondolkodik. Az interjú során elmesélt történettel kapcsolatban Bori arra is utal, hogy a helyzet sem a vajúadó, sem a segítők szempontjából nem ítéhető meg egyszerűen, még akkor sem, ha általános tapasztalata az, hogy „*a rendszer az, amelyik nem tud működni*”.

„*Tényleg azt kell mondjam, hogy normálisak voltak, velünk /bábákkal/ is. Tehát, hogy nem csak az ő /vajúadó/ élménye ez, nekem is ez az élményem, hogy protokollt szigorúan betartva, de emberszámba véve. Ami azért, megmondom őszintén... nem elhanyagolandó szempont. Normálisan beszéltek, kompetensnek tekintettek. Áadtam a dokumentációt, normálisan vették, nem kérdőjelezték meg, nem kezdtek el pocskondiázni, szóval összességében rendben volt ez a történet.*”

A rosszul működő rendszer visszasságait páciensként is megtapasztalva, az ellentmondásos helyzetek belső konfliktust okoznak interjúalanyunknak:

*„Haragszanak rám /a kórházi személyzet/, mert ha tudták volna, hogy szakmabeli vagyok, akkor nem... akkor másképp állnak hozzám. Egyfelől egy beismerő, másfelől egy gusztustalan (nevet) mondat. Hányynom kell konkrétan. Borzasztó. Na. Nemrég valakit vittem be ebbe a kórházba, és azt mondja a doki nekem, 'ó, a régi kedves ismerős'. ... Viszont, nem tudom, hogy miért, de a csillagokat is lehozták. Szó szerint, olyan dolgokat megcsináltak, amiket sose gondoltam volna. És még nem is volt rá példa. De hát bájosan elfecsegett velem ez a... kicsit hányynom kell ilyenkor, mert fel kell vennem azt a fonalat, és én is bájosan elcsevegek vele hülyeségekről – tehát kicsit elkurvul az ember, de szoktam volt mondani, hogy valamit valamiért...”*

### **„Fejlődési folyamat” – szakmai identitás**

Bori hangsúlyozza, hogy bár tapasztalatai és tudása összegződik, a szakmai döntései többnyire intuíción alapulnak, mert véleménye szerint nincs két egyforma eset, csak *„egyéni történetek vannak”*.

*„...meg kell érezni az adott pillanatban, hogy... én azt gondolom, h arra sincs kész recept, h bizonyos patológiákra, vagy történésekre mi a válasz, mert akkor rohadt egyszerű lenne ez a szakma, ha ez így működne... (nevet) hát, ha ez van, akkor ezt csinálom, és. Szóval, ez nem így működik. Egyrészt intuíció, másrészt megérzés, az adott ember, h ő bizonyos lépésekre hogy reagál, hogy a feedbackje hogy van. Kicsit ilyen tapogatózás...”*

Ugyanakkor azt is megfogalmazza, hogy ez a felelősségvállalás milyen terhekkel jár. *„Nem vagyunk tévedhetetlenek, egyikünk sem. Én is fogok, tévedtem is már, meg még fogok is. És ez valami iszonyat teher egyébként.”* Meglátása szerint ebből következik, hogy rugalmassága és nyitottsága a problémás történetek után megrendülhet: *„Hát nehéz... rohadt nehéz, igen. Elvonatkoztatni pl. egy ilyen történettől, és utána úgy menni tovább, hogy ne befolyásolja lehetőség szerint a többihez való hozzáállásomat, hogy ne akarjam még jobban biztosítani magam, mert aztán nagyon könnyen el lehet csúszni oda, hogy már minden baj.”*

Szakmai identitásának alakulásában jelentős szerepet töltenek be szüléssel kapcsolatos személyes élményei.

*„...van mindenféle élményem. ... Ma már sokkal jobban élem meg, mint folyamatában, mert ez egy fejlődési folyamat volt részemről, abszolút azt gondolom, hogy az volt. Meg azt is, hogy biztos azért kaptam annyi mindent az égiektől, h a sajátélményem mindenholnan meglegyen (nevet). ... Biztos nem úgy lennék itt, ha ezek nem lennének. ... És ez elengedhetetlen. Látok olyan kolleganőket, akik még nem szültek, vagy fiatalok, egy vagy két gyereke van... Nem*

*kívánok neki persze ilyen történeteket, mint az enyém, nem erről van szó, csak látom, hogy bizonyos dolgokat nem ért.”*

### **„A kis herceg és a róka” – a vajúddóval való kapcsolat**

Interjúalanyunk megfogalmazza, hogy a vajúddóval kialakított kapcsolat minősége és formálódása biztosítja az intuitív szakmaiságot: *„Ez egy ilyen ösztánc. Meg kell tudni teremteni azt, hogy mindenki tudja magát adni, talán ez egy cél. De hogy még ez sem sikerül mindig.”*

Szakmai identitását jelentős mértékben formálja az a tapasztalata, hogy a vajúddás a nő számára komoly önismereti lehetőség. Szülést kísérő segítőként ezen az 'úton' vállal szerepet ő is.

*„...az a lehetőség, hogy megjárhatja a saját életét, míg ha bemegy valaki /a kórházba/, a legjobb szándékkal is, tehát újra mondom, de a szakadék fölött átviszik. Még ha kedvesen is, de átmenelik. Akár legyen az oxitocin, bármi. Az én képi formátumomban az egy 'elfáradtam a hegymenetben, és akkor a hátára vesz, és elvisz addig, ameddig el kell menjek. Az otthoniban meg mellettünk baktat valaki, aki támogat abban, hogy végig tudjam csinálni.”*

Bori szüléstörténete egy gyermekkori szexuális abúzust átélt nő vajúddásáról szól, a felmerülő témák közé azonban nem emeltem be ennek a történetnek az elemeit, ehelyett a következő fejezetben, az interjúelemzés részeként közlöm, törekedve az összefüggések, jelentéstartalmak és kontextusok megértésére és értelmezésére. Ez az elrendezés rendhagyó abból a szempontból is, hogy ilyen mélységben egyetlen más interjú-csoport elemzése során sem törekedtünk az adatok feldolgozására. Ebben a szakaszban az értekező stílus helyett a pszichoanalitikus esettanulmány nyelvezete kerül előtérbe, mely utalhat a trauma narratívájának jellegzetes feldolgozási szintjeire (Szemerey 2016; Erős 2007; Herman 2011; Lénárd 2007).

#### **5.2.4. „Ilyenkor szoktam remegni” - az interjúelemzők értelmezései**

A pszichoanalitikus esettanulmányként értelmezett kutatási interjú nagyon személyes és egyedi történeteket tartalmaz, így az IPA kutató dolga nagyon nehéz: tiszteletben tartani a vizsgálati személy anonimitását, ugyanakkor hitelesen bemutatni a felmerülő témákat és összefüggéseket. Ebben a rendhagyó interjúban a kutató személyes jelenléte és viszonyulása is előtérbe kerül, így ez is interpretáció tárgya. Hermeneutikai szempontból értelmezhetjük

úgy is, hogy a kutatási interjú egyfajta biztonságos átmeneti tere volt a szüléstörténet elbeszélhetővé – meghallgatottá válásának, a narratíva (és ezáltal a szelf) újraszerveződésének, az élmények és érzések helyreállásának (Erős 2004; László 2008; Péley 2002; Lénárd 2007). Különösen jellemző volt ez az itt bemutatandó esetben: egy nagyon erős, kaotikus élmény a kutatási interjúban beszélgetésében formálódott elbeszélhető történetté (Szemerey 2016). Minden egyedisége ellenére Bori történetében is megtalálhatók az intézményes és az otthoni szülés között feszülő kibékíthetetlen ellentétek általános tünetei, melyek több interjú során felbukkantak a kutatásunkban is.

Interjúalanyunk először szakmai életéről és identitásáról kezd el mesélni. Ebbe a szövegbe több rövid szüléstörténetet is sző, mintegy illusztrációként, köztük saját szüléseinek egy-egy történetrészlete is megjelenik. Az interjú első szakasza kb. 45 percig tart, a szakmai beszélgetés, és az ebbe beleszórt konkrét szülésélmények tarkítják. Egyre inkább zavarba jövök, de ez nem egy erős érzés, inkább távoli hullámokban érint meg. Bár a helyzetben nem éreztem, a hangfelvétel begépelésénél érdekes felfedezéseket teszek a saját viselkedésemről: egyfajta szakmai versengés, talán erőfitogtatás, de mindenképpen az erőviszonyok feltérképezése zajlik. Valahogyan fontos lesz, mennyire vagyok hiteles, talán ez kölcsönös is. Sokszor inadekvátnak érzem a hangom, figyelmetlennek, érzéketlennek tűnök. A szakasz vége felé már én is mesélek saját élményeket, többek között a szüléstörténetek gyűjtésével kapcsolatban – úgy látszik, kezdem elveszíteni kutatói semlegességemet, most már „magamra veszem” a történetet. Elfogadható vagyok-e így?

A beszélgetés irányát megváltoztató, a történetet beindító kérdésem is egy saját élményem elmesélése után, költői kérdésként hangzik el: éppen az interjút megelőző napon vitatkoztam férfi kollégákkal a kutatási anyagomról, és a beszélgetés során erősen indulatba jöttem. Ahelyett, hogy számomra adekvát kérdésekről beszéltünk volna (pl. milyen nehéz kórházi körülmények között jól segíteni, mennyire összehasonlíthatatlan a medikális és a háborítatlan szülés, létezik beavatás, létezik trauma és trauma-felidézés szülésben – netalán az addigra lezajlott előkutatás eredményeiről), sablonos és elterelő kérdések hangzottak el. A szexualitás és a szülés összefüggéseiről kezdtem el mesélni, mire az egyik kolléga megkérdezte: „*Mi köze a szexnek a szüléshez?*”<sup>15</sup> Az interjú pedig így folytatódott: „Erre nem mondok semmit”

---

<sup>15</sup> Ezt a kérdést ismételttem meg interjúhelyzetben, mely aztán átszakította a történetmesélés gátját. Számomra ez volt az utolsó csepp a pohárban: néhány évvel ezelőtt, amikor második gyermekemet vártam, apám szó szerint ugyanezt kérdezte tőlem. Hát mit lehet erre válaszolni? Az eredeti helyzetben – majd az interjú során is – természetesen nevén neveztem a szóban forgó szervet. Ugyanazzal a szervünkkel csináljuk – kellett volna mondanom bátran, de ez csak az éppen felidézett vitában, és a jelen interjúban fogalmazódott meg. Ebben az apró indulatos történetben is egymásra mosódnak a narratívák: elfogadható vagyok-e sajátos igényeimmel,

– válaszolja Bori, és azonnal elkezd a reggeli szülés történetét összefüggően elmesélni – bár még mindig nem mondja ki egyikünk sem, hogy ez az a szüléstörténet, amiről ebben az interjúban szó lesz. Amikor megint szakmai témákat hoz be, megjegyzem: „*Azért sokat beszéltél erről a szülésről...*” „*Hát mert nem tudok másra gondolni!*” – csattan fel. Ekkor megnyugtatom, hogy beszéljen, immár adekvát, megerősítő a hangom. De ahogy a történet előtör belőle, mintha minden reakcióm durva, erőszakos, tapintatlan lenne – ekkor derül fény egy újabb történetre a történetben: az anya vajúdas közben mesélte el a bábának, hogy gyerekkorában szexuálisan bántalmazták. Pontosabban: vajúdas közben idézte fel önkéntelenül, élte át újra ezt a traumatikus élményt. Az otthon indult szülés végül kórházban fejeződött be, a bába szavaival élve „*nem voltak eszközei*”, „*amit mással megtehetne, azt vele nem fogja már*”. Otthoni körülmények között, a tapasztalt bábák különböző fogásokkal tudnak segíteni az elakadt folyamaton (tehát nem medikális eszközökkel). Itt azonban a korábbi traumatizációt elszenvedett vajúdónál a bába már nem szándékozott beavatkozni – hiszen ez azt jelentette volna, hogy nem veszi figyelembe az ő élményét, a vajúdat pusztán egészségügyi folyamatnak tekinti. Ezt a döntését lemondóan, kudarcként meséli el. Én azonban a döntés pozitív oldalát hangsúlyoztam, kimondva, hogy ez nagyon fontos, hogy nem traumatizálta őt újra – erre csak annyit mond: „*ezt a feladatot át kell adjam valakinek, hogy végezze el a piszkos munkát helyettem...*”. Itt arra utal, hogy a szülés befejezését már csak külső segítséggel, kórházi körülmények között lehetett elérni, így valaki más mégiscsak újra traumatizálta a vajúdot. „*Csak némán sírt. Csak folytak a könnyei, tudod, mikor rezzenéstelen arccal fekszel, és csak folyik a könnyed. És azt mondja, tömény erőszak volt az egész. Miközben azt is mondja, hogy de nem rajtuk múltott, mert tök normálisak, empátikusak voltak, szépen beszéltek...*” Aztán azt is elmeséli, hogy maga az élmény jelent meg akkor a szülésben: „*Közben meg valami hihetetlen elfogadással, valami baromi zsigeri fájdalommal... iszonyat. Meg azok a nagyon ütős, nem túlbeszélt mondatok, amik egy helyzetben... csak három szó... de az egész világod beborul tőle. ... Nagyon érdekes, hogy jelen idő... ahogy mondja, hogy... remegek. Ilyenkor szoktam remegni. Ez nem múlt idő, tehát nem azt mondta, hogy ilyenkor remegtem, hanem egy jelen időben megfogalmazott mondat volt. Ilyenkor szoktam remegni. ...Na, tehát nem egy történetmesélés, hanem az élmény.*”

A hangfelvétel hallgatása közben a „remegek” kijelentést először úgy értem, mintha saját magáról beszélne, csak később jövök rá, hogy idézi az anyát. Ezután a saját tehetetlenségéről, kétségbeeséséről mesél, ahogyan egy „*gyönyörű, dinamikus vajúdas*” után leállt a szülés, és

---

történetemmel, elfogadható vagyok-e nőként, elfogadható-e a szellemi termékem (doktori kutatás), elfogadhatóan készítem-e az interjút? Így már értelmet nyer a korábban tárgyalt feszültség és bizonytalanság.

semmilyen módon nem lehetett befolyásolni. Rövid szünet után megszólalok: „*Csak kiszedtem belőled ezt a történetet – bár nem volt szándékos.*” Így tehát a történet nem hagyta magát elhallgattatni, a maga töredezettségében, nehezen felidézhető, traumatikus voltában jelent meg. Ezután Bori tovább mesélt: az anya foglalkozott már ennek a traumának a feldolgozásával, ennek ellenére elkerülhetetlen volt a „*zsigeri flash*”. Végül értelmezni szeretném az elmondottakat, belekérdezek – inkább akadékoskodásnak tűnik utólag – próbálom értelmezni az értelmezhetetlent. Hallgatások szakítják meg a beszélgetést. Aztán, lezárásképpen, megjegyzem, hogy jól csinálta – ezt ő biztatásnak érzékeli, mintha kissé neheztelne is, hiszen szerinte az ő története másodlagos, az anyának rossz volt, és ez a lényeg. Ekkor elmondom, hogy nem nyugtatni akartam, hanem azt az élményt kihangsúlyozni, hogy megkímélte az újra-traumatizálódástól ezt az anyát – még ha a kórházban végül ez meg is történt, mégiscsak maradt valaki, aki tiszteletben tartotta a határait. A szexuális bántalmazáson átesett vajúdó – hiába indult gyönyörűen a vajúdása – csak a korábbi élményének újraélésén keresztül tudta világra hozni a kisbabáját. Ha az otthonszülés otthoni befejezése lett volna a legfőbb szempont, a bába traumatizálta volna a vajúdót a szükséges és elkerülhetetlen beavatkozásokkal. Így ezt a feladatot (ti. a szülés befejezését) a kórházi személyzetre bízta – amely egyrészt lehet a feladat elhárítása, másrészt viszont azt is jelenti, hogy egy bizalmi személy tiszteletben tartotta a vajúdó élményét – így ez az eredetileg elviselhetetlen élmény gazdagodott egy árnyalatnyi emberséggel. Kicsit megkönnyebbülünk mindketten, hogy ez kimondódott – nevezhetjük ezt a pillanatot az interjú közösen megélt Kairosz pillanatának is (Vermes 2012; Stern 2009; Allen és mtsai 2011: 147). Számomra ez a gondolat több szempontból is az utolsó reménysugarat jelentette: talán van kiút ennek az anyának a gyógyulás felé, talán van lehetősége bármilyen segítőnek enyhíteni a traumatizált áldozat jelenét. A segítő kapcsolat végső értelme villan fel számomra itt – a sokszor megélt tehetetlenség, akár a jelen, akár más kapcsolatokban megélt közös élmény feloldása.

### **5.2.5. Megvitatás**

A kutatási interjú fenomenológiai interpretációjához elengedhetetlenül szükséges a pszichoanalitikus paradigma: a helyzet pszichoterápiás – sőt, akár krízis-intervenciós – szcénaként való értelmezése, a kapcsolati folyamatok értelmezése, továbbá a kutatói pozíció meghatározása (Kaló 2014; Smith és mtsai 2009, Rác és mtsai 2016; Vajda 2006). A szöveg nem értelmezhető az interjúhelyzet kontextusa nélkül, amelyben a kutató személye és viszonyulása is megjelenik, ezért a tudományos értekezés távolságtartó gondolkodási konstruktumai helyett az interjút saját érzelmi állapotaimat figyelve elemzem és értelmezem



(áttétel – viszontáttétel a pszichoanalízisben – mély-hermeneutikai módszer a kvalitatív módszertanban) (Flaskay 2010; Salling Olesen és Weber 2012; Allen és mtsai 2011; Tóth 2008). A gyermekkori traumatizáció története azzal a hirtelen erőszakossággal tört felszínre a beszélgetésben, ahogyan az ugyancsak traumatikus szülésben is megjelent, váratlanul, szinte sokkolóan (Herman 2011; Szemerey 2016). A történet kereteit a szakmai beszélgetés adja: az intellektuális viszonyulás biztosítja a sodró indulatok, szorongás mederben tartását. Míg a kutatási interjú során a képválogatás érzelmi ráhangolódást, előfeszítést hoz létre, jelen esetben éppen az ellenkezőjét képviselte: az intellektuális témaválasztással biztosította a kereteket az erősen intruzív élménnyel szemben, ugyanakkor időt hagyott a bizalom kiépülésére, a kapcsolati biztonság megszületésére – ezáltal a történet előbújására. Az élménynek való kitettséget mindketten – sőt a későbbiek során az előadásban résztvevők is – megéltük.

A korábban szexuális bántalmazást átélt nők számára a vajúdas-szülés sokszor újra előhívja az eredeti traumát, „triggerként” szolgál (Molnár J. 2015; Herman 2011; Kitzinger 2008). Mind a kapcsolati tényezők (utasítások, a vajúdótól a hagyományos orvosi környezetben elvárt fegyelmezettség), mind a fizikai élmények (hüvelyben érzett fájdalom, érintéssel járó vizsgálatok) a korábban átélt erőszakos helyzetre emlékeztetnek. A vajúdas-szülés folyamata – részlegesen vagy egészében – tulajdonképpen a PTSD tünettanához tartozó flashback-élménnyé válik. Nem hagyhatjuk azonban figyelmen kívül azt sem, hogy ezek a fentebb felsorolt szülési tapasztalatok, élmények a jelenben is lehetnek intruzívak, a nőt tárgyként kezelők; a segítők könnyedén visszaélhetnek hatalmukkal és a vajúdo kiszolgáltatottságával – az érzékenység, érintettség, korábbi abúzus elszenvedése nem kizárólagos feltételei a traumatikus élmény (és ezáltal a ppPTSD) létrejöttének. A vajúdas-szülés során létrejövő segítő kapcsolat ugyanúgy eleve hordozza a potenciális traumatikus élményt, ahogyan maga a vajúdas-szülés folyamata is. A baba bántalmazói szerepbe kényszerülése (hiszen szándékán kívül, egy vizsgálattal indította be az anyánál a „zsigeri flash” élményét) megjelenik az interjú helyzetben, amikor a kérdező érzi magát inadekvátnak, tapintatlannak, és „kiszedi” a történetet az interjúalanyból. Így hirtelen a szerepek is felcserélődnek: a kérdező lesz az agresszor, az interjúalany az áldozat. A történet újra és újra konstruálódik és dekonstruálódik, a helyzeteket, és a szereplők identitását is folytonos váltakozásokra kényszerítve – a szülésben, a beszélgetésben, a hangfelvétel hallgatásakor és a konferencia-előadás, és az esettanulmány megírása során is: az elméleti keretek bemutatása után az esetbemutatás, a történet a 45. percnél jelenik meg újra, ugyanazzal a rendezetlen, zaklatott elbeszélésmóddal, ahogyan eredetileg is elhangzott. A konferencia-szereplés a történet egy újabb narratíváját

nyitja meg: a kutató az érzelmileg megterhelő élményt szerette volna megosztani biztonságos környezetben, visszaigazolást szeretett volna a saját segítői hozzáállásának helyességéről. A kutatási beszámoló szekció végül pszichoanalitikus szupervíziós helyzetté vált. A rejtett szégyenérzet is végigkíséri az abúzus történetét minden egyes szinten, erre leginkább az előadás során előbukkanó érzéseim engednek következtetni. Vonakodva, szinte bocsánatkérően beszéltem a történetről, hiszen előadóként most én lettem az agresszor, aki a hallgatókat kivettem ennek az élménynek – ugyanakkor az erős érzelmi érintettségemet nehezen vállaltam fel. Mindannyian a többszörösen áttételes és ellentmondásos, visszhangzó történet részévé válunk, mely immár többé-kevésbé elfogadhatóvá válik, mind személyes, mind szellemi narratívaként. A szerző (és a szereplők, narratívák) identitása, mint a mesebeli okos leányé: jött is, meg nem is, fel is volt öltözve, meg nem is, hozott is ajándékot, meg nem is. Azaz, a kutató/szerző szemszögéből: vállaltam is magam, meg nem is, bemutattam a történetet, meg nem is, meg tudtam nyugtatni a szereplőket – meg nem is. Figyelembe véve a trauma reverberáló természetét, az értekezés ezen szakasza a kutató szemszögéből nézve a traumatikus tapasztalat következő feldolgozási szintjeként értelmezhető. Az eredeti esettanulmány szövegét 'óvatosan' igazítottam az értekezésbe, törekedtem a gondolatmenet és élmény 'élő' bemutatására, annak megvilágítására, hogy ebben az esetben a vizsgálatban résztvevők élményei, narratívái és értelmezése elválaszthatatlanok egymástól.

### 5.3.MÁSODIK LÉPCSŐ: 2 FŐS ELEMZÉS

#### 5.3.1. A vizsgálatban résztvevő személyek

Mindkét személy két, egymással összeegyeztethetetlennek tűnő szakmai álláspontról számolt be, mely komoly konfliktusokat gerjeszt mindennapi gyakorlatukban.

7.táblázat. A második lépcsőben résztvevő személyek adatai

Név (kitalált)	Életkor	szakma	gyakorlati idő (év)	második szakma (tanulóként)	képek értékelése
<b>Anna</b>	25	szülésznő	4	dúla	igen
<b>Mária</b>	50	dúla	6	szülésznő	igen

### 5.3.2. Kutatási elrendezés

A 'képválogatás és születtörténet' egységekre (továbbiakban: interjúk) nyugodt körülmények között, időkorlátok nélkül, egyéni megbeszélte időpontokban, pszichoterápiás magánrendelőben került sor. Ettől egyedi esetekben eltértünk, mely az itt tárgyalt két személy interjút nem érinti. Az interjúk hanganyagából átiratokat készítettünk, majd az IPA módszertanának megfelelően elemeztük: az elsődleges témákat, kulcsszavakat az átiratok bal oldali margóján gyűjtöttük össze. Többszöri átolvasás után a jobb margóra jegyeztük a felmerülő témákat. A két interjúban felmerülő témákat egyeztetettük és értelmeztük, majd azokból nagyobb értelmezési egységeket hoztunk létre összevonással vagy viszonyítással, így jöttek létre a fő-témák.

### 5.3.3. Az interjúkban felmerülő témák

Az interjúszövegek átirataiból kibontakozó témák a vajúdas/szülés különböző szereplőivel való viszony megélése alapján szerveződnek: a **vajúdával**, az **apával**, és az **orvossal való viszonyrendszerek** kontextusában élnek meg saját segítő szerepüket a válaszolók. A **szakmai identitás** és változásai, továbbá a **munkahelyi légkör** – mely a segítői viszonyrendszerek egy speciális változatának is tekinthető – szintén felmerültek témaként. A felmerülő témákra egyenként és egymáshoz való viszonyukban is jellemző, hogy polarizáltak: két, egymással ellentétes minőség mentén interpretálják őket a személyek. Fő téma (master theme) tehát a **polarizáció**, mely egyrészt a vajúdo nő testi folyamataihoz való viszonyulásban jelenik meg: **medikalizáció vagy háborítatlan szülés** témájában; másrészt a jelenlevőkkel való kapcsolatok jellegében: **egymást kizáró**, vagy **egymást kiegészítő** segítő kapcsolatokról van szó.

### 5.3.4. Az interjúelemzők értelmezései

A polarizáció tematikáját mind hermeneutikai és interpretatív, mind elemi (konkrét eseményekkel és érzelmekkel kapcsolatos) szinteken megfigyelhetjük. Anna és Mária is intézményi keretek között (fővárosi kórházak születtörténeti osztályain), műszakos beosztásban dolgoznak. Két gyökeresen különböző szemléletű választott szakmájukat – *születtörténeti és dula* – igyekeznek összeegyeztetni a gyakorlatban: „*ég és föld*” (Mária); „*totál küzdés*” (Anna). A születtörténeti osztályon minden vajúdo/szülő nőt el kell látni, ezért mindkettejük szövegében jellegzetes, hogy egy választott, részletesebben kifejtett történet mellé párhuzamos, kevésbé kifejtett történetek is csatlakoznak: ez a polarizáció hermeneutikai szintje, az *egymást kiegészítő (vagy versengő) születtörténetek* megjelenése az interjúhelyzetben. „*A vajúdas maga egyébként össze fog keveredni az én egyik műszakkal, tehát lesznek benne más*

szülések is.” (Anna); „A történet az arról szól, hogy gyerekosztályon voltam gyakorlaton, és áthívtak a szülészetre, mert kiderült, hogy az egyik szülésznő késett, és csak egy szülésznő van, és négy szülés aktuálisan.” (Mária). Mind a két személy történetének van egy íve, mely az egyre nyíltabb rendszerszintű erőszakot és az arra adott személyes reakcióikat mutatja be. Párhuzamba állítható ez magával a vajúdas folyamatával: ahogyan egyre fokozódik a testi-lelki megnyílás, a természet ereje egyre nyilvánvalóbbá válik, annál erősebben, egyre több eszközt bevetve harcol a medikalizáció nevében beavatkozó orvos. Még ha a vajúdasról valahogyan távol is lehet tartani a beavatkozást, a szülés már nem folyhat le az aktívan beavatkozó orvos vezetésével. A különböző szemléleti keretekben jelen levő segítők – pl. medikalizációt képviselő orvos és a háborítatlanságot képviselő dűla – személyében a vajúdasról/szülésről (sőt, nőiségről, testről) alkotott világlátásunk is interpretálódik: ez a polarizáció interpretatív szintje. Mindketten beszámolnak a polarizáció érzelmi és kapcsolati vetületeiről, melyek környezeti és belső konfliktusokként jelennek meg – ez a polarizáció reális, konkrét szintje: „Zaklatottság, tehetetlenség... Igen, igen. Hogy itt se vagyok, ott se vagyok. Sehol nem tudom adni magam úgy, ahogy jó lenne, ahogy szükség lenne rám, ahogy tudom, hogy szükség lenne rám!”(Mária); „Én eléggé beavatkozás-ellenes vagyok, így lélekben. Tehát, hogy ez nekem is ilyen nagy küzdés, hogy annak, akihez kötődök, annak adok-e olyat, amit én nem szeretnék magamnak.” (Anna).

### **A vajúdóval való viszony: „az ember próbál szétszakadni”**

Mária a segítő kapcsolatot általánosságban megfogalmazva a különböző segítő szerepek szembeállításával írja le:

„Folyamatos jelenlét, akár olyan módon, hogy az ember ott ül a sarokban, és eltűnik, beleolvad a sarokba... Ami nagyon nehéz, és szerintem szülésznőként képtelenség megoldani, mert az ember 30-40 évig, naponta nem is tudom, hány szülésben van benne – az érzelmi odafordulás, érzelmek adása.”

Ez a szembeállítás megjelenik a gyakorlatban is: „Aztán mind a két elsőszülő anyuka bekerült egy-egy szülőszobába, és hát ugye ilyenkor az van, hogy nem tudok valaki mellé leülni beszélgetni, hanem szaladgálni kell, csinálni kell, ezt is azt is.” Anna hasonlóan fogalmaz a jó segítő definícióját illetően: „Aki úgy van ott, hogy igazából nem veszik észre. Hogy ilyen kis láthatatlan támasz. Persze mindig ott van, amikor kell, nem olyan támasz, hogy hol van, hol nincs.” Önmagukkal szembeni elvárásként, szakmai identitásuk részeként jelenik meg a személyes és folyamatos jelenlét. A kommunikáció a vajúdóval kulcsfontosságú: „jó lett volna átbeszelnünk a szülés előtt” (Anna); „folyamatosan kérdezett, és kérdezett, és

kérdezett” (Mária). A biztos kísérőként való jelenlét követi a vajúdot a saját folyamatában, ugyanakkor a valóságban is lehorgonyzott, pl. szakmai döntések tekintetében (anchored companion – Lundgren és Dahlberg 2002). Mindkét személy megfogalmazza, hogy minden jószándékuk ellenére lehetetlen a saját és a vajúdo elvárásainak megfelelni:

*„És egyfolytában azt kérte, hogy maradjak ott vele, és mondtam, hogy nem tudom megcsinálni, mert... mert máshova is kell mennem. És elkezdtem masszírozni a keresztcsontját: és ez mennyire jólesik neki. És, fű de jó, ne hagyjam itt, és mikor mentem kifelé, még utánam szólt, hogy ne hagyjam ott...”* (Mária)

*„És akkor, mikor elkezdtek tényleg hevesebb fájások jönni, illetve eljutottunk a nyolc centire, amittől már sejthető volt, hogy innen azért hamarosan a szülés jön, akkor ilyen pikk-pakk, hárman csöngettek a szülőszoba ajtaján, úgyhogy pont akkor nem tudtam ott lenni, amikor igazán nagy szükség lett volna rám. És tényleg, mind a három, aki csöngetett, ilyen azonnali ellátást igényelt, tehát hogy nem lehetett azt mondani, hogy na, most akkor egy picit... És akkor ez az 'ember próbál szétszakadni' helyzet...”* (Anna)

#### **Az apával való viszony: „igazi férfi-támasz”**

Ebben a kilátástalannak tűnő helyzetben nagy segítségként jelenik meg a támogató apa. Dülaként és szülésznőként, feszített és nyugodt körülmények között is jól kiegészíti egymást a vajúdas támogatásában az apa és a szülést kísérő személy, viszonyuk kiegyensúlyozott. Közös cél a vajúdo érzelmi és fizikai támogatása.

*„A párja volt ott mellette, aki egyébként érdekes volt, mert én egyébként nem tudtam így az apa-szerepbe elképzelni, és olyan ügyes volt, meg fantasztikusan állta a sarat, hát... hogy úgy látszott rajta, hogy úgy igazi férfi-támasz. Aztán, mikor odáig jutott... nem is voltam bent náluk sokat, mert annyira jó volt köztük az összhang, hogy úgy éreztem, hogy azzal teszek jót, ha inkább kívül vagyok.”* (Anna)

*„Kint kicsit megnyugodott, és mondtam neki, hogy szedje össze magát, mert szükség van rá, én nem tudok állandóan ott lenni, a párjának szüksége van a kapaszkodóra. Na és akkor visszament, és végigcsinálták.”* (Mária)

#### **Az orvossal való viszony: „nem érdekel, mit akar az anya, aki nálam szül, az azt csinálja, amit én mondok”**

Az orvosokkal való kapcsolat tekintélyelvű, hierarchizált, a szakmai működést is így képviseli, ami lényegében a modern szüléskultúra medikalizált szemléletét jelenti (Kisdi 2012), továbbá kórházon belüli hatalmi viszonyokat is megjeleníti. A szülés folyamatának

felügyelete a férfiak (férfi-orvosok) kezében összpontosul, a folyamat az intézmény révén hierarchizált és erősen ritualizált. A modern szüléskultúrában a szülés sikerét alapvetően az orvosi intézményrendszernek és irányításnak, az orvos tanult tudásának tulajdonítjuk (Kisdi 2012). Az orvosi hatalom a vajúdas/szülés ellenőrzésében és felügyeletében nyilvánul meg, a beavatkozások a folyamat kontrollálását szolgálják elsősorban. *„És akkor tényleg beérkezett az orvos, és... és megvizsgálta, és azt mondta, hogy jó, akkor szülünk. És hogy ez a... készülök valakivel arra, hogy nem tud szülni, aztán mégis tud szülni, aztán, mikor megnyugodna abban, hogy tud szülni, akkor bevitte, és megoperálta.”* (Anna). Aki – legyen bármilyen nemű, és helyezkedjen el bárhol a hierarchiában – nem fogadja el ezeket az elveket a rendszeren belül, konfliktusba kerül. Anna végzett és 4 éve gyakorló szülésznőként máshol helyezkedik el a kórházi hierarchiában, mint Mária, aki szülésznő-gyakornokként van jelen és *„tudják róla, hogy dúla”*. A kettejük pozíciójának különbségét mutatja, hogy Anna a szülész-orvosokkal való konfliktusairól számol be, míg Mária a szülésznőkkel kerül alárendelt és konfliktusos helyzetbe.

*„Mióta új vezetés van, itt is megváltoztak a dolgok. Elmennek a szülésznők, kiutálják őket. 30 évet ment visszafelé az idő kereke. És nekem duplán nehéz, mert tudják rólam, hogy dúla vagyok, onnan indultam... Ez is marha érdekes, mert van, amikor kimondottan ezért küldenek be egy szülésbe, mert nekik nincs kedvük, és tudják, hogy én tudok támogatni is. És van, amikor meg rám szólnak, hogy most már ne dúla legyek, hanem szülésznő.”* (Mária)

*„Folyamatosan azt mondta neki [a vajúdónak] az orvos, hogy miért van ennyire megijedve, és lazuljon már el. Nem ennyire bántóan, de azért azt úgy éreztem, hogy az úgy oda nem kéne. ... És hiába próbáltam bármilyen szép szavakkal tompítani, az orvos kimondta. És azért ez az orvos... hát nem, szóval nem vagyunk abban a kapcsolatban, hogy azt mondhassam ennek az orvosnak, hogy legyen szíves, ne mondja. Holott azt szerettem volna. És mondjuk ott... szóval, volt ezzel az orvossal kapcsolatban többször a vajúdas alatt ilyen érzésem, hogy én vagyok a gyáva, hogy nem mondom meg neki, hogy ne tegye azt a nővel, hogy én ezt a pozíciónál fogva ezt nem mondhatom, és kész. Nálunk azért vannak olyan, jó, fiatalabb orvosok, akikkel vagyunk olyan viszonyban, hogy megmondhatom neki, szépen, hogy én azt gondolom, hogy ez nem helyes. Persze ettől függetlenül csinálja.”* (Anna)

A vajúdo-helyiség felügyelete az orvosi hatalom szempontjából másodrendű, és a szülésznő feladata, az orvos időnkénti ellenőrzésével. De a szülőszobán már az orvos uralkodik, ott az ő szabályai érvényesek. Az első vizsgálat, a felelősség és a döntés joga is az orvosé. *„Nálunk az a protokoll, hogy az orvos vizsgál először. Ezt nem tudom én se így megkerülni.”* (Anna). A kommunikációt és a szakmai nézetek különbségét a tekintélyelvűség szabályozza: *„És akkor*

*megkérdeztem az orvost, hogy az anya akarja-e. És az volt rá a válasz, hogy nem érdekel, mit akar az anya, aki nálam szül, az azt csinálja, amit én mondok. (sóhajt) Ilyenkor az ember azt mondja, hogy... hogy akkor mit csináljak? Semmit.” (Anna). A kapcsolati konfliktusok egyik megoldása tehát a behódolás. Mivel Anna és Mária sem tud azonosulni a medikális szemlélettel, kerülőutakat keresnek a hatalommal szemben:*

*„Én mindig mindenkinek mondom, hogy egyen, igyon, legalább a vajúdóban, akár egyen is, mert ha bekerül a szülőszobára, az már ott nehezebben megoldható... Nagyon jó módszer, hogy a folyamatos ctg-ről egy kicsit szabaduljon, és akkor ki lehet ülni, és a wc-n remekül lehet pár percet vajúdni. Sokat nem...” (Mária)*

*„Azért voltak erre próbálkozások, hogy a gyógyszert egy kicsit... várni vele egy fél órát, és akkor már nem kéri, de jó... de hogy ezek azért mégis ilyen aljas trükkök.” (Anna)*

### **Összefoglaló: Egymást kizáró és egymást kiegészítő segítések**

A 8. táblázatban foglaljuk össze a főtéma segítő kapcsolatokra vonatkozó egységét. Az elrendezés fentről lefelé haladva mutatja a kórházi hierarchiát. A polarizációt elsősorban a kapcsolatainkban élük meg a személyek: választaniuk kell, milyen szemléletmód mentén segítenek; a különböző segítő szerepekhez tartozó szemléletek rögzítettek, egymást kizáróak, vagy kiegészítőek. A hatalmi viszonyok nem egy-egy személy viszonyain belül interpretálódnak, hanem rendszerszinten: az intézményi működés, és az intézmény minden szereplője valamilyen pozícióban és működésében a fennálló rendet, a patriarchális működésmódot támogatja. A munkahelyi feladatok és szerepek hierarchikus felosztása meghatározza a munkahelyi légkört. A szakmai nézeteltérések hatalmi viszonyok mentén interpretálódnak: a döntés joga a hierarchiában magasabban álló személyé, szakmai egyeztetéseknek vagy vitáknak nincs helye, vagy ha van, azt az orvos 'engedi'. A vajúdőval való kapcsolat a segítség célja, és nem partneri felülete, erről a fogalmi különbségről és mögöttes jelentéséről a Megvitátás részben szólok bővebben.

8. táblázat – A segítő kapcsolatok polarizáltsága

<b>Segítő kapcsolatok megélése</b>	<b>Anna (szülésznő)</b>	<b>Mária (dúla, szülésznő gyakornok)</b>
<b>Orvos (egymást kizáró segítség)</b>	hierarchikus, konfliktusos, „hogymondjam meg”, szakmai nézeteltérések „rossz doktorúr, ne már”	az interjúban nem kerül előtérbe a viszony
<b>Kollégák (munkahelyi légkör)</b>	kevésbé hierarchikus, de konfliktusos, szakmai nézeteltérések, „most már totál máshogy gondolkodom”	hierarchikus, konfliktusos, szakmai nézeteltérések, „úgy néztek rám, mint a véres rongyra”, „rám szólnak”
<b>Apa (kiegészítő segítség)</b>	kiegyensúlyozott viszony, vajúdó fájdalmának elviselése, megküzdés segítése, közös cél: együtt támogatjuk a vajúdót	kiegyensúlyozott viszony, vajúdó fájdalmának elviselése, megküzdés segítése, közös cél: együtt támogatjuk a vajúdót
<b>Vajúdó (a segítség célja vagy partner?)</b>	nem kapcsolati konfliktus: mechanikus ellátás vagy egyéni jelenlét: „de én nem ennyit akartam adni”, felelősség: „az én vajúdóm, nekem kell tudni” szakmai vívódás: „már nem harcolok belül”	nem kapcsolati konfliktus: mechanikus ellátás vagy egyéni jelenlét: „folyton futni kellett” „folyamatosan bocsánatot kértem” szakmai vívódás: „és mégis be kell adnom”

**Munkahelyi légkör és szakmai identitás**

A kórházi szcena megnehezíti, sokszor ellehetetleníti a szülés személyre szabott, folyamatos kíséretét, egyrészt a protokolláris ellátásból adódó feladatokkal, másrészt kifejezetten szerepelvárás a személyes törődés megtagadása: „*Akkor jön az [a szülésznőtől], hogy 'Nem kell ám állandóan pátyolgatni azt az anyukát, jól elvan az ott. Adjál be neki ezt, adjál be neki azt, fektesd le...' mittudomén...*” (Mária). A szakmai identitás változásait nehéz összeegyeztetni a nehezen változó, merev, hierarchikus szemléletmóddal. Egyéni szinteken tudnak csak kompromisszumok születni:



„Amit itt a dülaképzésen tanulunk, az egy ilyen totál idealizált világban tud létrejönni. Tehát, hogyha valaki bemenne helyettem egy műszakba, tudná, hogy nem tud egy műszak alatt egymaga annyi pszichés támaszt adni, amennyit a dülák szerint kéne. És ezért vagyok sokszor mérges, bár örülök, hogy sok jót hallok, meg igazából ma már... Ha egy fél mondattal bővül a repertoárom, amit így oda tudok... dobni... a vajúdónak, adott esetben... az már jó dolog. De közben meg marha nehéz úgy ott lenni...” (Anna)

Anna 4 év alatt sok gyakorlati tapasztalatra és önállóságra tett szert, de az orvosi tekintély elfogadása felülírja ezek megalapozottságát. „...de ez csak ilyen tapasztalati, nem biztos, hogy ez így van.” és „Azért azt jó a saját tempójában szerintem megvárni. Hogy utána nyom-e a kismama, hogy a saját tempóba... arról nagyon kevés tapasztalatom van, mert nagyon sokszor nyomatjuk a kismamákat. Sajnos.”

### **Összefoglaló: Medikalizáció a háborítatlansággal szemben**

Az interjúszövegekben megjelenő közvetlen emberi kapcsolatok megjelenítik a polarizáció egy másik szintjét is: a vajúdás/szüléshez való viszonyulásokat (medikalizáció a természetességgel szemben); és a szakmai identitással és meggyőződésekkel kapcsolatos belső konfliktusokat is. A protokoll és szabályozottság, mely a szülés levezetésében teljeseedik ki, nem hagy teret és időt a természetes folyamatoknak. „Hát, hogy egy nem természetes lefolyású történés fog történni, hanem egy szabályozott dolog.” (Anna). A mechanikus egészségügyi ellátás a személyes jelenlétet akadályozza, a vajúddal való kapcsolatot lényegileg meghatározza. „Gépre föl, gépről le, állhat, nem állhat, mit kell csinálni, infúzió, nem infúzió...” (Mária). A beavatkozás – amint azt már több szempontból megvizsgáltuk – a medikális szemlélet elidegeníthetetlen része, és kardinális kérdése a vajúdás/szüléshez való viszonyunknak. A tekintélyelvű döntéshozatal figyelmen kívül hagyja a szülést kísérő személyek tapasztalati tudását.

„És akkor ennek az orvosnak az is a szokása, hogy teljesen hátradönti az ágyat, tehát nem az, hogy egy kicsit... mert úgy tudja megnyomni a pocakot felülről. – Miért kell nyomni, nem jön magától? – Hát, mert ő úgy ítélte, hogy nem elég erősek a fájások. Én azt gondolom, hogy azért nem voltak elég erősek, mert még nem voltunk ott!” (Anna).

### **5.3.5. Megvitatás**

A hatalmi egyenlőtlenség, és a helyzetből fakadó konfliktusok a megkérdozettek mindennapi gyakorlatának szerves részei. A nemek közötti egyenlőtlenség a szülészetben nem egy metaforikus szintje a megélésnek, vagy egy lehetséges narratívája a történéseknek, hanem

nyílt és egyértelmű alapértelmezett üzemmód. A férfi előjogok és hatalom fenntartásához és gyakorlásához, a patriarchális értékrend érvényesítéséhez a medikalizáció csak eszköz, mely egyéni és rendszerszinten is ezt a folyamatot támogatja (Keating és Fleming 2009; Székely és Csabai 2017). Az aktív szülésvezetés általában normaként interpretálódik, ezért hívjuk összefoglaló néven 'alternatív' szüléset'-nek a humánusabb és háborítatlanságra törekvőbb szemléletmódokat és gyakorlatokat. A medikalizált és hierarchizált működésmód jelentősen megnehezíti a normális szülés támogatását. A bábai modell definíciója szerint (Gould 2000; Keating és Fleming 2002) a normál szülés esetében a nő inherens szülési képességét tiszteletben tartjuk és elősegítjük. Ugyanakkor a szülés körüli segítők érzelmi munkája, és általában az érzelmi munka (angolban [emotional] labour: munkát és vajúdat is jelent) is nem-specifikusan (gendered) meghatározott: szociális konstruktumaink alapján „természetes” női készségnek tartjuk – mely így a patriarchális értékrenddel átítatott medikalizált kontextusban láthatatlan és alulértékelt marad (Kolbenschlag 1999; Székely és Csabai 2017). A munkahelyi kontextus szerepe kulcsfontosságú: intézményen kívüli szüléseknél dolgozó bábák gyakorlatában explicit módon megjelenik az érzelmi munka jelentősége (Hunter 2001). Ezzel szemben számos kutatás igazolja, hogy élettani, szövődménymentes vajúdat és szülés elősegítésének egyik alapvető hatótényezője a folyamatos vajúdat-támogatás, mely nem elsősorban medikális ellátásból, hanem érzelmi-fizikai támasznyújtásból áll (Lundgren és Dahlberg 2002; Romano és Lothian 2008; Lundgren, Karlsdottir és Bondas 2009; Héjja-Nagy 2014; Varga 2015). Az érzelmi támogatás szakmai kompetenciaként tanulható és tanulandó képesség (Hunter és mtsai 2008).

A patriarchális gondolkodás minden jellemzője (Warren 1994; Keating és Fleming 2009) megfigyelhető a szövegekben:

hierarchikus, tekintélyelvű kapcsolatok (akinek magasabb a pozíciója, magasabb az értéke);  
dualisztikus és kizárólagos gondolkodás (egymással szembenálló értékek egymás mellettiség helyett);

dominancia: hatalmi egyenlőtlenség a férfi javára, a másikat mindig le kell nyomni, különben felülre kerül.

Az aktív szülésvezetéssel, hierarchikus rendszerben működő szüléseteken nagyjából olyan hangulat, munka és légkör uralkodik, mint az intenzív osztályokon (O'Driscoll és Meagher 1980; Keating és Fleming 2009). A születés és halál két olyan életterület, melyekre a medikalizáció folyamatában a modern orvostudomány kiterjesztette felügyeleti hatalmát. Ez a felfogás megfosztja a testet szociális és kulturális kontextusaitól, és azt a hitrendszer táplálja, miszerint a test kiszámítható, kontrollálható, törvényszerűségek uralják. Továbbá a test

elveszíti individualitását, egyediségét is. A kiszámíthatatlan természet feletti kontroll (érzetének) megteremtése a cél. Az átmeneti rítusok a természet uralásáról szólnak eredetileg, és ezen képességeket éppen a szülés, születés, halál kérdőjelezi meg (Eliade 1999; Péley 2002; Kisdi 2012).

*„Akkor kirohantam szólni, akkor mindenki berohant, de az csak egy ilyen pillanatnyi szívhang-esés volt. Akkor megyek ki, referálok, 'jó, akkor menjen, vizsgálja meg'. Hát úgy rám volt hagyva az egész, mélyvíz. Megvizsgáltam. Mondom, én eléggé lent érzem ezt a fejet, ha már... Ment a szülésznő, megvizsgálta: Ahh, nincs az még sehol se. [később:] És kiderült, hogy ... húsz perc múlva megszült. Tehát az a szívhang-esés az volt, amikor a gyerek feje átment, és nekem volt igazam.” (Mária)*

A hatalomgyakorlás többnyire az intézményes (szülészeti) erőszakban realizálódik. Az egyenlőtlen viszonyok fenntartásához elfogadott a verbális és fizikai erőszak, a vajúdó nő kompetenciájának és önrendelkezési jogának figyelmen kívül hagyása. Az aktív szülésvezetés a vajúdót passzív szerepbe kényszeríti, így felkínált döntési helyzetekben is páciensként viselkednek (Keating és Fleming 2009). A medikalizált szüléskultúra komplex rituálésorozat használ a szülés deperszonalizációjára, deszexualizálására, a folyamat szabályozására. A személyes élményből orvosi eset lesz, a szülés pedig átlagos operáció, mozgásképtelen beteggel, akinek kompetenciája nincs. Kritikai értelmezések szerint a horizontális (hanyatt fekvő) szülés a férfi-nő, orvos-páciens hierarchiáját fejezi ki (Kisdi 2012; Kitzinger 2008; Herman 2011).

*„És akkor eljött a szülés időpontja. Amikor bejött az orvos. Folytatta a 'ne így, ne úgy, ne amúgy' [szöveget]. Én beszélgettem a szülés pozíciójáról előtte is ezzel a vajúddal, és nem voltak ilyen... alternatív vágyai, de hogy biztos, hogy nem hanyatt fekve akart szülni, biztos vagyok benne. Vagy félig ülő helyzet, vagy legalább guggolva, és a mi ágyaink azért lehetővé teszik ezt. És itt ugyanaz volt, mint amit mondtam: hogy hogy mondjam meg az orvosnak, hogy szerencsétlen vajúdó szeretne ülni. És tényleg, hát hanyatt fekve nem lehet gátra terjedő nyomást... azt se tudja, hogy hova nyomjon... És akkor ennek az orvosnak az is a szokása, hogy teljesen hátradönti az ágyat, tehát nem az, hogy egy kicsit... mert úgy tudja megnyomni a pocakot felülről”. (Anna)*

Interjúalanyaik beszámolója szerint a szigorú hierarchia következménye a gyakran előforduló bántalmazási szcena, amelyhez a szülésznők kiszolgáltatott helyzetükben kényszerűen asszisztálhatnak. A vajúdó tárgyiasítása és elidegenítése egyszerre tünete a személyességet nem tűrő öncélú hatalomgyakorlásnak (az orvos részéről), és a másodlagos traumatizációnak és kiégésnek (a szülésznő részéről). A bántalmazó helyzetet a másodlagos traumatizáció

tüneteiből ismerhetjük fel: Anna és Mária is erős érzelmi reakciókról számolnak be, önvád és büntudat jelenik meg, végül a beletörődés.

*„Én szerintem nem álltam ki érte annyira, amennyire kellett volna. A saját hierarchiámban. Illetve hát az elején, ha azt mondom, hogy az én kismamám, nekem kell tudni, hogy hogy áll a méhszáj, és nekem kel tudni, hogy mi van vele, akkor utánvizsgálók az orvosnak.”* (Anna)

*„Én elengedtem azt, hogy meg akarjam őket menteni a... bizonyos dolgoktól, amit úgy gondolom, hogy nem lennének jók. Merthogy, azt mondja az orvos, hogy gátat kell metszeni például, és én látom, hogy nem valószínű, akkor is előveszem az ollót, és odateszem, és már nem harcolok belül.”* (Anna)

*„Egy év után kezdett úgy kinyílni a szemem, hogy kínlódni kezdtem. A dúlaképzésen, konkrétan emlékszem, hogy én azért bögttem, hogy én tanulóként, meg az első egy évemben mennyi embernek árthattam. Anélkül, hogy az ember szeretne, mert persze nem az a cél.”* (Anna)

*„Ezek [a visszajelzések] olyan jók voltak, pozitívak voltak, de mégis maradt bennem egy iszonyat nagy tehetetlenség-érzés, hogy ennek nem ilyennek kéne lennie, és nem így kéne, és... Nem sokkal ezután volt egy babakör ... és azok megint nők, és megint szülés, és nem is tudom, hogy mi történt, csak úgy elkezdtem ebéd előtt mesélni, és úgy elkezdtem sírni, mikor ezt a napomat elmeséltem... És utána fölálltam, és azt mondtam, hogy ne haragudjatok, nem tudok itt maradni. ... Besokalltam a nőktől, a szülésektől, az érzelmektől, a mindentől.”* (Mária)

A természet, a női test folyamatainak uralásáért folytatott hatalmi harcban – amiben a segítő nők sem önszántukból vesznek részt, hanem maguk is áldozatként – a vajúdó végső soron csak passzív szereplőként: a segítség céljaként, és nem aktív résztvevőként, saját teste feletti döntésekben felelős és kompetens személyként vesz részt (Kitzinger 2008; Zimmerman 2010). Például számos utalást találunk a történetekben arra, hányszor kell a hierarchikus működésmód (tehát nem újabb információ, hanem a protokoll, vagy az öncélú hatalomgyakorlás) miatt, különböző szereplőknek ismételten megvizsgálni a vajúdót. A medikális szemlélet tehát attól válik a hatalom és erőszak gyakorlásának eszközévé, hogy öncélúan használják. A technokrata kényszer (ha rendelkezésre áll valamilyen technika, akkor azt alkalmazni is 'kell') pedig a beavatkozások mennyiségét növeli meg, mintegy ördögi körként fenntartva a 'rendet' (Davis-Floyd 1992; Kitzinger 2008; Varró 2015).

A dúla szó jelentése: asszonytársi segítő; a *midwife* (angolul: bába) szó jelentése: a nő mellett, a nővel lenni; az aktív szülésvezetés helyett szüléskísérés. A patriarchális működésmód éppen az egyenrangú, vajúdót kompetensnek és aktív szereplőnek tekintő női (tehát gendered: nem-specifikus) segítségnyújtás érvényesítését lehetetleníti el.

## 5.4.HARMADIK LÉPCSŐ: 4 FŐS ELEMZÉS

### **5.4.1. A vizsgálatban résztvevő személyek**

Mind a négy személy nagyjából harminc éves szülésznői tapasztalattal rendelkezik, a kórházi hierarchiában viszonylag magasan helyezkednek el, és sajátos, környezetüktől eltérő szemléletben dolgoznak. Adataikat az 9. táblázat tartalmazza.

9. táblázat: A harmadik lépcsőben résztvevő személyek adatai

Név (kitalált)	Életkor	Pozíció	Munkahely	Hány éve praktizál?	Képek értékelése <sup>16</sup>
<b>Szilvia</b>	57	nem műszakos szülésznő	fővárosi kórház	30	nem
<b>Katalin</b>	60	nem műszakos szülésznő	fővárosi kórház	34	részben
<b>Éva</b>	56	vezető szülésznő	kisvárosi kórház	30	részben
<b>Rozi</b>	54	szülésznő	kisvárosi kórház	28	igen

#### 5.4.2. Kutatási elrendezés

A beszélgetéseket diktafonnal rögzítettük és kiegészítő jegyzeteket készítettünk egy előre elkészített segédlapra. A résztvevő személyek írásbeli beleegyező nyilatkozatot is kitöltöttek. A vizsgálatra nyugodt körülmények között, időkorlátok nélkül, egyéni megbeszélte időpontokban, pszichoterápiás magánrendelőben került sor. Az itt tárgyalt négy személy interjúja rendhagyó módon a személyek munkahelyén (kórházakban, vagy magánrendelőben) zajlott. Szilvia és Katalin esetében időkorlát is volt, egy rendelési óra (kb. 50-60 perc) állt rendelkezésre. Az interjúk hanganyagából átiratokat készítettünk, majd az IPA módszertanának megfelelően elemeztük: az elsődleges témákat, kulcsszavakat az átiratok bal oldali margóján gyűjtöttük össze. Többszöri átolvasás után a jobb margóra jegyeztük a felmerülő témákat. A négy interjúban felmerülő témákat egyeztetettük és értelmeztük, majd azokból nagyobb értelmezési egységeket hoztunk létre összevonással vagy viszonyítással, így jöttek létre a fő-témák. A segítő kapcsolat és a szakmai identitás kialakulásával és megélésével kapcsolatos eredményeket tárgyaljuk részletesebben, érintve más releváns témákat is.

#### 5.4.3. Az interjúkban felmerülő témák

Az interjúszövegek átirataiból kibontakozó témák leginkább a segítői én változásainak, illetve a szakmai identitás kialakulásának kihangsúlyozásában jelennek meg. Ez az interjú-értelmezés hermeneutikai szintjén is tetten érhető: a szüléstörténetek legfeljebb 50%-át teszik

<sup>16</sup> Az 9. táblázat utolsó oszlopában jeleztük, hogy a képek értékelése hogyan zajlott e szempont szerint. Szilvia visszautasította ezt a feladatot, a többiek teljesítették. Rozi nem ismerte fel a szóban forgó személyt, nem is reflektált konkrétan rá, így az ő eredményeit teljes egészében felhasználtuk, Katalin és Éva felismerték, így válaszaikat részben elemeztük csak.

ki a teljes interjú-szövegeknek, és a szakmai identitás, mint alapvető téma köré szerveződnek. Az interjúk jelentős részét a személyek szakmai identitásának értelmezéséről, jelenlegi gyakorlatukkal való összefüggéseiről, fejlődésükről, múlttól és jövőről való reflexiók alkotják, mind a négy személy esetében. A segítség, segítő identitás alakulásának két aspektusa jelenik meg erőteljesen a szövegekben. Hogyan vagyok én a helyzetben, hogyan határozom meg magam, hogyan helyezem az identitásom kontextusába a segítséget: ezt a *Szakmai identitás fejlődése* főtemaként jelöltük meg. A vajúddóval való kapcsolat, mint önérték vagy végcél: ezt a *Vajúddóval való kapcsolat* főtemaként jelöltük meg. A felmerülő témákat tehát e két mintázatba, vagy főtemák rendszerébe illeszkednek, viszonyrendszerüket a 2. és 3. táblázatban mutatjuk be. A továbbiakban ezeket a főtemákat vesszük sorra.

### Szakmai identitás fejlődése

Minden interjúalanyunk kiemelt jelentőséget tulajdonít az *önismeretnek*, ugyanakkor ezt különböző szinteken fogalmazzák meg: „*olyat nem teszek, amit nem szeretném, hogy nekem, vagy a lányomnak tegyen valaki*” (Rozi); „*az ember kellő önismerettel rendelkezzen*” (Szilvia); „*a segítő saját magával tisztában legyen, és rendben legyen*” (Katalin); „*figyelje önmagát, és hát nyilván, fejlődjön ezirányban*”. Az önismeretet, ugyanúgy, mint a segítői munkát, *folyamatként* szemlélik, és a történeteikben számos ponton utalnak arra, hogy honnan hová fejlődtek, illetve hová szeretnének eljutni.

„*Ha csak így visszagondolok, nem az, hogy harminc évvel ezelőttre, mert az persze, hiszen harminc évvel ezelőtt minden más volt, de most akár a 10 évvel ezelőtti jelenlétemre gondolok, vagy akár csak az 5 évvel ezelőtti jelenlétemre, hogy megállás nélkül folyamatosan tanulok.*” (Szilvia)

Mindannyiuknál megjelenik az igény az *önreflexióra*, a történések megértésére és valamiféle rendezésére.

„*...azzal is történjen egyfajta megbeszélés, feldolgozás, akivel történt a folyamat. Nekem is nagyon fontos a visszajelzések szempontjából, hogy mi az, ami jó, mi az, ami nem volt jó, tehát mindegyik tanulságos történet.*” (Szilvia)

„*Az elmúlt nagyjából tíz évben minden szülést leírok, három részből áll a bábanaplóm: az egyik a sztori maga, a másik, hogy rajtuk mit látok, akár a páron, akár az anyán, és utána leírom, hogy én hogy voltam a dologban, így-úgy. És az elmúlt tíz évben csak egyet nem írtam le, egy szülést nem írtam le.*” (Katalin)

A szüléstörténetek szerkesztettségüket tekintve illeszkednek ebbe az önreflektív értelmezési keretbe, lényegre törőek, interpretációk tarkítják őket, a hangsúly nem a történetek egyedi

részletein, hanem az élmények interpretációján, a tanulságok megfogalmazásán van. A négy szülésznő közül hárman a legutóbbi szülésüket mesélték el, így – mivel viszonylag friss élményekről van szó – az interjú helyzetben tovább formálódnak az interpretációk. A jelentésadás folyamatában interjúalanyaink tudatosan törekednek rá, hogy mind érzelmileg, mind megértési szinten 'helyre tegyék' a történeteket.

*„ezek a szülési és várandóssági találkozások és szituációk nagyon közel hoztak bennünket egymáshoz. És azóta is tartjuk a kapcsolatot, és bár ritkán beszélünk, vagy találkozunk, de azért ezek úgy elraktározódnak az emberben. Ő nála is, meg nálam is. Elraktározódnak, és bensőséges emlékekké válnak. Még évek múltán is.”* (Éva)

*„Ez nagyon érdekes volt, és még mindig mozog bennem a történet. ... Mindig 2-3 nap, mire kikerülök ez alól. Bármilyen történet, tényleg, a happy történet is... valahogy így vagyok a szülésekkel, hogy azok, amikor bezáródtak, befejeződtek, leírtam, megbeszéltük, akkor, úgy mondom, nekem, ami a történetből tanulság, vagy elvihető, az elvívódik, de maga a történet, és a kapcsolat kicsit távolabbra kerül, visszazáródik.”* (Katalin)

*„Merthogy vannak nehéz történetek, amik nagyon megviselnek, még akár akkor is megviselnek, amikor kognitíve tudom, hogy ez nem az én történetem, csak rajtam landol, és nekem... valakinek el kell vinni.”* (Szilvia)

Szintén az önreflexió magasabb szintjét jelzi, hogy interjúalanyaink nem csak gyakorlati témákban fogalmazzák metaforák segítségével („*át lehet őket lendíteni a mélypontra*”; „*ütköző vagyok két ember között*”; „*ez nem az én történetem, csak rajtam landol*”); hanem önmaguk segítői identitásának meghatározása, és a történetek narratívái is így alakulnak („*kórházban nőttek fel*”<sup>17</sup>; „*az anyaság... egy bármikor bemozdítható történet*”; „*nem a szakmai rész a nehéz... hanem a benne levésünk*”). Katalin visszajelzést is kér az interjú első részében, hogy rendben van-e a metaforák használata, mely egyrészt a metaforák tudatos interpretatív használatáról, másrészt az interjúhelyzet tisztázásának igényéről is szól: „*Nagyon jelképesen fogalmazok, tudom...*”.

Az önismereti igényességnek nem csak személyes hozadéka van, hanem kifejezetten a munkához kapcsolható haszna is:

*„De azok a veszteségek, a feldolgozatlanok, rendszeresen beúsznak a szülőszobára. És az ő összes cselekedeteiket, a félmondataikat, a mozdulataikat, az elvárásaikat, a szülés, a másik szülésének a kísérésében lépten-nyomon ott vannak, és inkább akadályoznak. Tehát az lenne egy korrekt, ha a segítő... és most nem csak a szülésznő... Hát, orvosokról ne is beszéljünk...*

---

<sup>17</sup> Ezt úgy kell érteni, hogy a szakmát a kórházban tanulta ki.



*De hogy ő maga tisztában legyen azzal, hogy ő hogy volt, hogy az ő gyerekei hogy születtek. Hogy azoknak az elsiratni valóknak az elsiratása megtörténjen, hogy a traumák feldolgozódjanak, az örömök megcsituljanak, és így tovább. És ne maradjon lobogás, ne maradjon szenvedély...” (Katalin)*

*„... az önismeret az nagyon fontos, és a saját szüléseink élményének a feldolgozása. Mert ha nem dolgozzuk fel, akkor durván bejönnek. Ha feldolgozzuk, akkor csak így néha-néha egy-egy momentum.” (Szilvia)*

Ez utóbbi idézetekben megjelenik az önismeret privát, személyes élettörténethez kötődő aspektusa is, a *saját szülés-élmények rendbetétele, érzelmi megmunkáltsága.* „...tudom, hogy az mennyire fáj. És mindig átérzem. Tudom, hogy nem hisztizik” (Rozi). Éva arról számol be, hogy látja és érzi a különbséget, ha ez az önismereti erőforrás még hiányzik:

*„...szerintem azért nem árt, ha az ember átéli azt, amit a kismama, tehát... Vannak kolléganőim, akik nem szültek, ők is tudnak segíteni, nem arról van szó, hogy nem. De mélységében én azért profitálok abból, hogy megéltem, átéltem. Tudom, hogy milyen, és hát... valahogy több türelme van az embernek a másik felé. Merthogy ismerem azt is, hogy kolléganő, mikor még nem szült, és miután szült. És ő szavakba is öntötte. 'Soha többet nem fogom azt mondani, hogy... mert most már tudom, hogy milyen...' És ez tényleg így működik. Vagy legalábbis az esetek nagy részében... nagyrészt kimondatlanul is így működik.”*

Interjúalanyaink tehát megfogalmazzák, hogy nem csak szakmai, vagy kognitív szinteken kell megérteni a történéseket, hanem a szülésznők érzelmi munkájának a jelentősége is óriási. Fontos, hogy a segítő *„a saját érzéseivel azért kapcsolatban legyen”* (Katalin). A vajúdo saját történetének megtapasztalása, az ezzel járó esetleges terhek elviselése, a saját és a másik érzelmi megérintődésének szétválogatása: ezek a mindennapos feladatai a szülésznőknek.

*„És ezért gondolom, hogy fontos az önismereti munka, vagy olyan technikáknak a megtanulása, amik szerintem nagyon fontosak a segítő szakmákban. Merthogy gondolati szinten, érzelmi szinten ezek megérkezhetnek, mert ugye ezt nem tudjuk szabályozni, nem is kell persze. De az, hogy akkor ezt tudjuk azonosítani, hogy ez az én érzésem, és nem a másik emberé. Ezek az én gondolataim, és nem biztos, hogy az ő javát szolgálják. Tehát, hogy mindig kell, hogy az embernek ott legyen, hogy amikor van egy történés, egy várandósság alatt, egy szülés alatt, vagy éppen akár egy gyerekágyas, kisbabás helyzetben – akkor, hogy figyelembe vegye az anyának az érzéseit, az anyának a szükségleteit.” (Szilvia)*

*„...a segítő saját magával tisztában legyen, és rendben legyen. ... Mert hogyha nincsen tisztában, akkor nem látja a segítettjét. Tehát, hogy nem látja azt, hogy mi volt az ő döntésének a saját... tehát, hogy mitől döntött így.” (Katalin)*

Interjúalanyaink tapasztalt, jól képzett szülésznők, akik nagyjából 30 éves gyakorlatuk során többesres nagyságrendű szülés mellett segítettek már. A szakmai fejlődésükben jelentős szerepet tölt be a vajúdótól, a vajúdoval való kapcsolatból való tanulás:

„...jött egy csomó rácsodálkozás ezekre a dolgokra, hogy hát másképp is lehetnek, mint ez a nagyon hagyományos szüléset, amiben nyilván szocializálódtam. Amiben magam is szültem. És... és aztán ez úgy a munkámban is szépen úgy elkezdett lassacskán, finoman beépülni. ... Nahát, tulajdonképpen a nők tudnak szülni, anélkül is, hogy mi itten rengeteg dologgal úgymond segítenék, merő jó szándékból. És hogy úgy elkezdtem figyelgetni a nőket. Onnantól kezdve igazából a tanulási folyamat igazából már a tőlük való tanulás volt.” (Szilvia)

„Gyakorlatilag én addig szülőszéken való szülést nem is láttam, csak videón. És az orvos is mondta, hogy hát ő is, de hát attól függetlenül meg tudjuk csinálni. Ha az anya meg tudja csinálni, akkor mi segítünk. ... És itt nekem bebizonyosodott, hogy igenis a kismamáknak a megérzéseire nagyon-nagyon lehet alapozni, és elég, ha csak ott vagyunk, és szemléljük a dolgokat. Az a legjobb, hogyha nem kell belenyúlni a folyamatba, és nagyon szépen tud működni. Ha elég türelmesek vagyunk, és adunk időt és lehetőséget az anyukának, hogy megcsinálja. A szülést. A saját szülését végigélje, és... jól működik a dolog. Mindenféle hókuszpókusz és beavatkozás nélkül.” (Éva)

Interjúalanyaink szakmai szemléletmódja nem általános, sőt ritkaságnak számít munkakörnyezetükben.

„...általában, és a bent dolgozó kolléganőinknek a nagy része, az ... úgy könnyel el, hogy egy kicsit hóbortos vagyok. De nem baj, ezt így... ha ők ezt így látják, én ezt felvállalom. Tudom, hogy miért gondolják azt, merthogy másképp működöm ebben az egész várandósgondozás, meg szülés történetben.” (Szilvia)

„Ha olyan kolléganővel van az ember, meg olyan orvossal, aki úgy engedi, hogy dolgozzunk, és a kolléganő is tapintatos. Tehát, hogyha ő is hasonló szemléletű. [De ha nem,] ... nagyon nehéz... mert nem érti a másik, hogy miről van szó.” (Rozi)

„Fontos volt, hogy szüléseknél segítsek, tehát nem az motivált, hogy úristen, végigaludjak egy éjszakát, és ne jöjjön senki. Valahogy nekem az mindig kihívás volt, hogy ú, ha jött valaki, akkor én annak örültem. Van ellentét is [a szülésznő kollégákkal], igen. Itt is. Nem is biztos, hogy tehet róla, mert ő is emberből van” (Éva)

A szövegekből kiderül, hogy a medikalizált, hierarchikusan szervezett kórházi körülmények számos kapcsolati konfliktus forrásaként jelenhetnek meg, ugyanakkor interjúalanyaink magas pozíciója jelentősen csökkenti ezek előfordulását. Katalin és Szilvia csak alkalmanként

dolgoznak műszakban, és vállalt szülésekhez járnak a kórházba. Éva vezető szülésznő, ami szervezési munkát jelent, rögzített, nappali műszakban, tehát szülések mellé csak saját választása esetén kerül. Rozi ugyan nem vezető szülésznő, és műszakban dolgozik, de évtizedes gyakorlatával és szemléletmódjával kapcsolódik a saját munkahelyén a hasonló szemléletű vezető szülésznőhöz, így szociális státusza viszonylag magas. Ez a polarizáció az orvosokkal való kapcsolatban is megjelenik, és itt is jellemző, hogy a magas státusz legalább részben biztosítja a konfliktusok elkerülésének lehetőségét, azaz a hasonló szemléletű orvosokkal való együttműködést.

*„Tehát, hogy persze ebben van egyfajta, azt is mondhatnám, hogy kényelmi faktor, merthogy nekünk ez így kényelmes, merthogy így mi is biztonságban érezzük magunkat. Nem arra megy el az energiánk, hogy egy olyan orvossal kell konfrontálódni, akivel merőben ellentétes a szemléletünk. És hát ez persze nagyon szolgálja a családnak is az érdekét, mert hogyha egy jó összhang van ... akkor az nagyon pozitív hatású.”* (Szilvia)

*„Sokszor nehéz. Sokszor nehéz... A nyugodt, és... tehát a hasonló temperamentumú szülész orvosokkal tudok jól együttműködni. Aki nagyon beavatkozó, vagy ő, mint orvos meg akarja oldani a szülést, vagy mint ezt a problémát kezeli, azokkal kevésbé tudok együttműködni. És ebből szoktak származni konfliktusok. Hát szerintem azért valamilyen szinten elfogadtak így, hogy én nem ahhoz a pólushoz, vagy nem ahhoz az oldalhoz tartozom, aki az orvos asszisztense, hanem van önálló megérzésem, meglátásom, és cselekedetem. És szokták nehezményezni azért, főleg az idősebb orvosok, hogy nekem, mint vezető szülésznőnek nem ezen az oldalon kéne állnom. A bábai oldalon. Merthogy az a jó szülésznő, sokak szerint, aki azt csinálja, amit az orvos mond. ... És én meg mondtam, hogy nem.”* (Éva)

Éva itt rávilágít egy rendszerszintű problémára is, amely természetesen minden résztvevőt személyesen is érint, interjúalanyainkat különösen: a tapasztaltabb, gyakorlottabb szülésznők „önállóan is tudnak dolgozni”, „nagyon jó elméleti alapokat” kaptak a szülésznőképzésben, és tudják, hogy „az a jó szülés, ahol minél jobban csak a végén látjuk az orvost”. Ugyanakkor a kórházi protokoll előírásai, és a hierarchikus működésmód a szülésznők önálló munkavégzését nyíltan és hivatalosan nem teszik lehetővé, csak kivételes, saját megoldások születnek: „nagyon jó, akikkel össze vagyunk szokva”; „beláthatók a határok, meg a keretek ebben a kapcsolatban”. Katalin ezzel kapcsolatban arról is részletesen beszél, milyen érzelmi hatásai vannak az orvosokkal való szemléletbeli és hatalmi különbségeknek:

*„...alapjában véve ez egy feudális, hierarchikus kapcsolat, ami alig tud változni. Azt látom egyelőre. Hogyha a műszakbeli, tehát ha műszakba vagyok osztva, és nem saját örömmre dolgozom, akkor ezt a hierarchiát nagyon meg kell tartanom, és rengeteg feszültséget okoz,*

*merthogy nem tudom megvédeni az anyát az orvosnak az abuzálásától, vagy a rendszer abúzusától. Ami méltatlan és nagyon sok feszültséget ad. És egy ilyen lojalitás-háborút magamban. Ami most tulajdonképpen azért jó, merthogy most nincs annyi.”*

Éva az önálló munkavégzést lehetővé tevő keretek, és a gyakorlati megvalósulás között feszülő ellentétre mutat rá:

*„Hát most [2015] egy nagy kihívás előtt állunk szerintem, mármint mi így, kórházi szülésznők, mert jött ez az új várandós-gondozási rendelet, hogy a várandósokat rizikó-csoportba kell sorolnia az orvosnak, a kis rizikójúaknak föl kell ajánlani, hogy akár szülésznőhöz is járhatnak várandós-gondozásra. De ezt nem ajánlják föl az orvosok. Ez számukra presztízs-kérdés. Pláne a magyar viszonyok között, ami szülészetben nagyrészt a paraszolvenciára épül, és amíg a paraszolvencia él, addig itt nagyon nehéz labdába rúgni.”*

10. táblázat: Főtéma: Szakmai identitás fejlődése

<b>Felmerülő témák</b>	<b>Szilvia</b>	<b>Katalin</b>	<b>Éva</b>	<b>Rozi</b>
<b>önismeret</b>	„legfontosabb”	„a segített kompetenciája megmaradjon” „a segítő magával tisztában legyen, és rendben legyen”	„figyelje önmagát, fejlődjön”	„tudom, hogy milyen kiszolgáltatott az ember”
<b>folyamat és reflexió</b>	„folyamatos tanulás” „ez nem így van, hogy most vagyok a mindentudás csúcán, 5 év múlva is más lesz az élmények által, amiket megélek”	„erre most látok rá, ahogy így neked mondom” „nagyon jelképesen fogalmazok, tudom” „ami a történetből tanulság, elvihető, az elvívódik”	„itt nekem bebizonyosodott, hogy a kismamák megérzéseire lehet alapozni”	„egy nagy misztérium volt az egész... most is az, de mégis más” „csodákra képes az ember, ha kapcsolat alakul ki az anyuka és a szülésznő között”
<b>érzelmi munka</b>	„tudjuk azonosítani, hogy ez az én érzésem, és nem a másik emberé”	„már csak a rossz érzéseim vannak meg, de a sztori nem”	„szinte ugyanazt élik át, mint a kismama”	„megpróbálok közel kerülni az anyukákhoz”
<b>privát élmények</b>	„amikor azt látom, hogy hogy néz az az újszülött baba az anyjára”	„ő maga tisztában legyen azzal, hogy ő hogy volt, az ő gyerekei hogy születtek”	„doppingolt, mint anno a saját szülésem”	„engem nem kísérték, nem támogattak annyira, mint ahogy én megpróbálok”

10/2. táblázat: Folytatás: Főtéma: Szakmai identitás fejlődése

Felmerülő témák	Szilvia	Katalin	Éva	Rozi
<b>tanulás vajúdóktól</b>	„hogy hogy működnek a nők szülés közben, hogy hogy működnek a babák megszületés után, azok jöttek az évek alatt”	„ennél az anyánál nem tudom, mi lehetett a történet”	„ha az anya meg tudja csinálni, akkor mi segítünk”	„aki ilyen szemléletű [szülésznő], mindig megtalálja azt pici kis pontot, ahol meg lehet lendíteni az anyukát”
<b>konfliktusok: szakmai kompetenciák (polarizáció)</b>	„beosztott szülésznőként, homlokegyenest más szemléletű orvossal, igyekeztem abban a legjobbakat nyújtani a kismamának, amit súrlódás nélkül meg tudtam tenni”	„beláthatók a keretek, meg a határok ebben a kapcsolatban” „tudomásul veszem, hogy ő [az orvos] így működik ebben a helyzetben”	„van önálló megérzésem, meglátásom, cselekedetem, ebből szoktak származni konfliktusok”	„vannak orvosok, akik engednek dolgozni” „vannak, akiknek az a lényeg, hogy saját magát magasztalja”

### A vajúdóval való kapcsolat

Interjúalanyaink, ahogyan erre már utaltunk is, a vajúdóval való kapcsolatot elengedhetetlennek tartják a munkájuk során. A vajúdó növel kiépített kapcsolat jellemzi és meghatározza a munkájukat, és alapvetően *érzelmi odafordulást*, személyes törődést jelent számukra.

*„Az én szüléstörténeteim annyira személyesek. És hogy... nem a... azt hiszem, hogy nem az anyák miatt személyesek, hanem miattam személyesek. Tehát, az én együttlétem velük teszi nagyon személyessé. És azzal, ahogy együtt... mozgok a családdal, igazán... együtt vagyok a családdal valahogy.”* (Katalin)

Ez a munkamód kórházi körülmények között nehezen megvalósítható, és amikor hiányzik a megfelelő kapcsolat, a segítői munka is megváltozik.

*„Nagyon nehéz volt vele dolgozni. ... Nem tudtunk kapcsolatot teremteni... Ugyanakkor, azt elmondták, hogy nem az a baj, hogy én nem voltam szimpatikus az anyukának. Hanem ő ennyire zárkózott a neveltetéséből adódóan.” (Rozi)*

Ugyanakkor a segítség komoly fizikai törődést is jelent: az érintés, masszázs, folyamatos jelenlét a vajúddal való kapcsolatot tovább mélyíti, személyesebbé teszi.

*„Tehát, nagyon sokszor itt is, amikor az anyuka vajúdik, és ugye egyedül hagyjuk, merthogy nincs esetleg annyi idő, hogy odaálljak mellé. És amikor eljön az a pillanat, hogy odamehetek, és csak egy érintés, vagy végigsimítom, és ettől őrajta olyan nyugalom... és olyan biztonságérzet alakul ki benne.” (Rozi)*

Ez fordítva is igaz: csak egy bizalmi kapcsolatban lehetséges a személy intimitás-határait átlépni anélkül, hogy megsértenénk.

*„Hát nyilván ugye, ha az ember műszakba kerül oda, akkor fogalmam nincs [milyen állapotban van a vajúdí]. És, hát akkor kell kezdeni egy rapport-építéssel.” (Szilvia)*

*„Nem kaptam rá jelzést, nem kaptam rá felhatalmazást, hogy... az érintésre, vagy a közeledésre, tehát a határokat ő szabta meg, mondjuk a szülésnél, a közelséget, a távolságot. És semmilyen jelzést nem adott arra, hogy közelebb lehet lépni.” (Katalin)*

Katalin a kapcsolat intenzitását, változásait, és annak interpretációját hangsúlyozza:

*„...hogy a 9 hónap alatt, vagy a 10-11 hónap alatt, attól függ, hogy mennyi időt töltünk együtt a várandósság előtt, és a gyermekágyas időszakban; úgy visszaadódik a kapcsolat minősége, visszahül ... vissza kell, hogy adjuk a kapcsolatot, a kapcsolatnak a minőségét, vagy a melegségét arra a távoli szintre, amiben [azelőtt] voltunk.”*

Az érzelmi kapcsolat tehát vajúdí/szülés idejére szól, nagyon intenzív és személyes, ugyanakkor sokszor komoly önismereti munkát is igényel, ahogyan ezt a Szakmai identitás fejlődése főtémánál is kifejtettük. Mindkét fél hozhat a kapcsolat közös terébe olyan személyes történeteket, melyek nem a másik félnek szólnak, ugyanakkor mégis előbújnak és megterhelik a közös munkát.

*„...amikor az ember hónapokon keresztül sok időt tölt egy kismamával, és megismerjük egymást, és sok minden kiderül az ő előtörténetéből, esetleges félelmeiből, szorongásaiból. De persze olyan is van, hogy nem is gondolja, hogy valamit elmeséljen, és a szülésnél mutatkozik meg, vagy éppen az utolsó ctg vizsgálatnál borul ki a csontváz a szekrényből.” (Szilvia)*

*„...egy-két nap alvás után, meg ahogy leírom, rájövök arra, hogy hol vagyok én ebben a történetben. És nyilvánvalóan, valamiféle szerepet, vagy minőséget elvittem, amit az asszony rám tett. De mégis, ez most azért nehéz, merthogy azt hiszem, hogy érzelmileg jobban ott voltam, mint egyébként a profi segítők. Jobban megérintődtem...” (Katalin)*

Az anyai gondoskodás természetes módon jellemzi a segítők munkáját, az előző fejezetben a szakmai identitás részeként utaltunk rá, és a vajúddóval való kapcsolatot is meghatározza. Ugyanakkor láthatjuk, hogy a személyes megérintődésekre is kaput nyit. *„Érzelmileg meg nem maga a [saját] szülés az, ami megmozgat engem, hanem az anyaság... jaj istenem, hát én is anyuka vagyok.”* (Szilvia) *„nagyon, nagyon bemozgatta az én anyai minőségeimet”* (Katalin)

*„...a szülésznőnek egy nagyon... ilyen euforikus élmény... tehát nagyon-nagyon jó érzés, amikor az ember kezei közé születik az a pici baba. Tehát nagyon-nagyon jó érzés. Még ennyi év után is. És nagyon jó utána babázni vele, mikor megnézhetem, hogy milyen a kis arcocskája, meg egyáltalán... Odavihetem az anyukájához.”* (Rozi)

Interjúalanyaink *konfliktusokról* is beszámolnak: gyakran előfordul, hogy a más szemléletben dolgozó kollégákkal kerülnek szembe (vagy alkalmazkodnak ugyan, de a konfliktus belül tovább zajlik). Ez nyilvánvalóan hatással van a vajúddóra is, általában a medikalizáció vs. háborítatlanság szemléleti és gyakorlati kérdéseit foglalja magába.

*„...vannak olyan orvosok, akiknek az a lényeg, h ő saját magát magasztalja. És a saját képességeit hirdesse. És az ilyeneknél nem lehet úgy támogatni egy vajúddást, ahogy kellene... Ő arra nincs tekintettel, hogy most vajúdik az az asszony, és őt bármi, egy ajtócsapódás, bármi kibillentheti ebből az egyensúlyból.”* (Rozi)

*„...az már régen rossz, amikor így, tehát amikor mintegy ütköző vagyok két ember [a vajúddó és az orvos] között, oda nem jó energiák fognak bejönni. És nincs az a pókerarc, amit föl lehet venni, hogyha kint valamin összevitatkozunk – én igyekszem a kismama érdekeit képviselni, még ha akár idézőjelesen mondom, győzök abban a csatában, de azt a feszültséget beviszem. ... És akkor [utólag] megfogalmazzák, hogy nem volt valami teljesen gömbölyű.”* (Szilvia)

*„Aztán még a doktornő is fölvette a kezébe a babát, és megpróbálta vigasztalni. Amitől bennem már akkor nagyon-nagyon... nagyon-nagyon erős tiltakozás volt bennem, merthogy, hát egyrészt kivettük az anya kezéből azt a fajta kompetenciát, ami akár egy sírós gyerekkel való együttléte is jelent. Vagy annak a megküzdését, vagy elfogadását. A másik, hogy nem érintünk más gyerekét. Tehát, nem. Csak annyit, amennyi muszáj, de nem öleljük meg más gyerekét. Ez nagyon érdekes volt, és még mindig mozog bennem a történet. Nagyon-nagyon rossz érzés volt.”* (Katalin)



11. táblázat: Főtéma: Vajúzóval való kapcsolat

Felmerülő témák	Szilvia	Katalin	Éva	Rozi
<b>érzelmi támasz</b>	„kezdek egy rapport építéssel” bizalmi kapcsolat	„a benne levésünk a nehéz” közös folyamat	„nagyon közel hozott bennünket egymáshoz”	„nem tudtunk kapcsolatot teremteni”
<b>fizikai támasz</b>	„folyamatosan ott voltam mellette”	„a határokat ő szabja meg”	„testi jelenlét” „érintés, masszázs”	„masszíroztattam”
<b>anyai gondoskodás</b>	„jajistenem, hát én is anyuka vagyok”	„nagyon bemozgatta az anyai minőségeimet”	„segíteni fogjuk, hogy úgy legyen, ahogyan ő szeretné”	„nyugtattattam”
<b>önmegetapasztalás</b>	„folyamatos tanulás”	„nagyon rossz érzés volt”	„annyira feltöltött, hogy én utána nem tudtam aludni”	„nekem ez olyan megrázó volt: nem jellemző rám, hogy nem nyílnak meg”
<b>konfliktusok: háborítatlanság vs. medikalizáció (polarizáció)</b>	„elmege az energiánk” „háttérbe húzódom” az orvos szemlélete határozza meg	„nem tudtam őket megvédeni magunktól” a segítség kudarca	az orvosok „szerint nem ezen a [bábai] oldalon kéne állnom” „kellemetlen, nehéz etikusnak maradni”	„olyan nagyon nem tudtam támogatni őt, mert épp műszakban voltam”

#### 5.4.4. Az interjúelemzők értelmezései

##### A szakmai identitás és a vajúzóval való kapcsolat

A két főtéma számos ponton van egymással kölcsönös összefüggésben, sok tekintetben egymást határozzák meg, 'egyikből következik a másik': a szakmai identitás a megélések reflektív és összegző szintje, ahol a megértés, rendszerezés, fejlődés igénye megjelenik és személyessé válik; a vajúzóval való kapcsolat pedig a fejlődés tapasztalati szintjét képviseli, ahogyan munka közben formálódnak az eleven tapasztalatok. A segítség érzelmi minősége a segítő folyamatos önismereti munkájának az eredménye, ugyanakkor a segítségben, a vajúzóval való kapcsolatban zajlik ez az önismereti folyamat, a segítő én megtapasztalása,

kibontakozása és fejlődése. A polarizáció, a dolgok ellentétes viszonyrendszereken keresztül való meghatározása, elméleti síkon a szemléletmódok ütközéseként, gyakorlati síkon a medikalizációt képviselő orvosok és szülésznőkkel való konfliktusos kapcsolatokban realizálódik. A „*hóbortos*” szülésznőket megtűrik, megengedik nekik az eltérő viselkedést és szemléletet, mert hierarchiában elfoglalt pozíciójuk biztosítja számukra a viszonylagos önállóságot. A két szemlélet: a vajúdo személyes kísérése és/vagy a medikalizált protokoll követése szinte átjárhatatlannak tűnik. Interjúalanyaink járják az összeegyeztetés „*hosszú és göröngyös*” útját, de ahogy Katalin fogalmaz: „*nem tudtam őket [a családot] megvédeni. De hogy nem magunktól kell... persze magunktól kellett volna megvédeni őket, de hogy ezek szakmai döntések voltak*”. Folyamatosan kettős szerepben vannak, vagy sikerül a saját szemléletükben, önállóan dolgozniuk, vagy a rendszer részeként működtetik a gépezetet, miközben ez „*belső fájdalmat vagy nehézséget okoz*”. Magas státuszú szülésznőnek lenni olyan kiváltság, amiért ők megdolgoztak, és szakmai elkötelezettségük révén a vajúdok érdekében használják is ezt a státuszt. Ugyanakkor nem függetlenek a rendszertől, önmagukat is így határozzák meg, egyedül Rozi fogalmazza meg, hogy intézményen kívül is kipróbálná a szüléskísérést, de ez csak egy „*vágyalom*”.

„*Én nagyon-nagyon szeretném ezt a háborítatlanságot, ezt a... ez ilyen nagyon nagy élmény lehet. De nem merem bevállalni. Nem merem bevállalni. Ez az igazság. ... Ugyanakkor nekem ez [a kórház] is nagyon közel van, meg, szóval ez nekem a biztonságot jelenti.*”

Szemléletükben is tükröződik a kettős szakmai identitás: „*középpontban a segített, vagy hogy mondjam, tehát az álljon, illetve annak az igényei, és annak a kompetenciáinak a megtartása. ... [de] a szakmai rész az ne a segítség alá kerüljön.*” Eszerint tehát előfordul, hogy a személyes, érzelmi támogatással járó szüléskísérés ellentmondásba kerül a szakmai szempontokkal, mely a gyakorlatban a beavatkozásokkal kapcsolatos döntéseket jelenti: „*Hogyha egy szakmai döntést kell hozni, akkor érzelmileg ne döntsünk*” (Katalin); „*életteni szülésre készültünk, ugye azért ez mindenképp egy előny. Ilyenkor azért az ember megengedőbb akkor a protokolltól jobbra, balra eltérni...*” (Éva)

A szakmai identitás konfliktusai tükröződnek egyrészt a kollégákkal való konfliktusokban, másrészt gyakran megjelennek a vajúdokkal való viszonyban is: „*...az meg egy téves dolog, amikor egy kismama azt gondolja, hogy én fogom megvédeni őt, mondjuk például az ügyeletes orvossal szemben, mert nem ez a feladatom.*” (Szilvia). Katalin szerint sokszor megfejthetetlenül összekeveredik, mi okozza a konfliktusokat. „*Vagy mondjuk, nem tudom egyébként, hogy mi, de gyakran van ilyen, hogy valami harag rám vetül, amihez nincs igazán közöm, amiből kiderül, hogy valami haragot most rám lehetett tenni. Vagy az orvosra, vagy az*

*egészségügyre, vagy a kórházra, tehát hogy valami harag megérkezik... tehát így értem ezt a haragot.”*

A magas státusszal együtt jár, hogy interjúalanyaink saját mentális és fizikai erőforrásaikhoz jobban hozzáférnek, többé-kevésbé maguk szabályozzák munkarendjüket, de legalábbis döntést hozhatnak, mennyi szülést vállalnak el. Rozi a műszakos munkát is így éli meg: *„én itt élem ki magam, én itt teljesedek ki”*. Ugyanakkor, a rendszer, és ezáltal a dolgozók túlterheltsége miatt, ezt az erőforrást a medikális szemléletű, és kötöttebb és kiszolgáltatottabb helyzetben levő kolléganők kihasználják:

*„azok, akik bent dolgoznak... nyilván az ő más gondolkodásuk és üzemmódjuk miatt egy kicsit hóbortosnak tartanak minket, és akkor hát így most csúnya szóval mondom, tehát a 'hülye kismamákkal azokkal foglalkozunk mi'. Tehát ez nagyjából így szokott elhangozni.”*  
*... És akkor mondták, hogy ez [a 'hülye kismama'] neked jó lesz. Mondtam, hogy ó, én meg boldogan vállalom.”* (Szilvia)

Interjúalanyaink arra is rálátanak, hogy a medikális és személyes szülészeti szemlélet közötti szakadék egyik oka az érzelmi távolságtartás lehet, mely egyfajta védekezési reakció; ugyanakkor a kiegészítés egyik következménye is lehet (Kovács 2006; Hunter 2001).

*„...nagyon sokszor láttam, és látom is azt, amikor egy szülésznő a nagyon is szűken vett szülésznői feladatát csinálja. Tehát remekül tud, nem tudom, vizsgálni, szívhangot hallgatni, gátat védeni, szükség szerint bekötni az infúziót, a helyzetet értékelni, és aszerint a megfelelő megoldásokat meghozni. De hogy keveset vannak bent a szülőszobán a kismamával. Aminek, hát biztos, nyilván számtalan oka van, én úgy látom, hogy sokszor egyfajta érzelmi távolságtartás, vagy ez az 'énhatárainak a nagyon szigorú tartása' az, ami miatt, mint egy védekező reakció tud így működni, hogy kevésbé érintődjek meg érzelmileg, mert akkor saját történetek is be tudnak mozdulni. És bizony, egy szülésnél, sokszor nem a fizikai tennivalók azok, amik elfárasztják az embert, hanem az az állandó mentális jelenlét az, amitől az ember fáradtan – bár nyilván boldogan – tud hazamenni egy hosszú szülés után.”* (Szilvia)

Az elemzés során megfigyeltük, hogy a szüléstörténetek legfőbb rendezőelve az, hogy kudarc vagy sikerélmény volt-e. Sikeredt-e megvédeni a rendszertől a vajúdót és a kisbabát, sikeredt-e kapcsolatot teremteni vele?

*„...nekem ez olyan megrázó volt, hogy tényleg nem jellemző rám, hogy nem nyílnak meg az anyukák előttem, és hogy nem tudok közel kerülni hozzájuk. És ebben az egy esetben úgy érzem, hogy ez negatív volt, mert ez nem ment úgy, ahogy kellett volna. ... Nem tudtam őt úgy megnyitni, ahogy kellett volna.”* (Rozi) Katalin történetéből már többször idéztünk más összefüggésben, hogy *„nem tudta megvédeni”* a vajúdót, és nem sikerült *„profi segítőként”*

viselkednie, mert „*nagyon bemozgatta az anyai minőségeit*”. „*A vajúdó úgy sírt, mint egy hatéves kislány. És nem hisztérikusan, nem... mit tudom én... mint egy gyerek. ... Hát ez nagyon nehéz, nagyon megérintett.*”

Szilvia azt meséli el, hogy a „*nagyon ziháló, levegőt kapkodó, kicsit túlmozgásos*” vajúdó hogyan csillapodott le attól, hogy ő „*boldogan elvállalta*” a segítségnyújtást. „*És ez a kismama teljesen rá tudott ülni a szülésnek a hullámaira. Egy óra múlva itt már... időzöjelesen mondom semmiféle hisztériás reakciók nem voltak, ami nyilván nem hisztéria volt, hanem az ő kibillent helyzetében, meg az idegen helyzetből adódó dolog.*”

Egy másik rendezőelve a történeteknek az „*elvihető*” tanulságok, tapasztalatok és összefüggések felfedezése, megfogalmazása, mely összefüggésben van a szakmai identitás formálódásával, az önismereti igénnyel.

„*kiderült, hogy ez a baba ez egy nem várt baba volt. ... Tehát azért itt rengeteg félelmet és szorongást vitt magával ez a kismama, ... amikor szembesülni kell azzal, hogy itt pedig szülés lesz. Itt pedig gyerek lesz. Ez sok szempontból megijesztette őt. És sikerült őt visszabillenteni őt egy olyan helyzetbe, ami egy normál szülési folyamat, és tizenegy órára megszületett a baba. Vízben, háborítatlanul, odakerült a mamájára, bőrkontaktusba. És hát... ki nem adta volna a kezéből ezt a gyereket. És, hogy nekem azért volt nagyon szép ez a történet, merthogy én belecsöppentem egy nagyon nehéz helyzetbe, aminek fogalmam sem volt, hogy mi az oka, de amit lehetett látni, az az, hogy valami rettenetes nagy szorongás és félelem a háttérben. És nyilván persze, a magam részéről is, hogy hát ezt sikerült jól megoldani, ez egy sikerélmény volt. Utána megkaptam hozzá a kognitív muníciót is, hogy... tehát, amikor már megtudtam, hogy mi vezetett ide.*” (Szilvia)

„*De akkor ő nagyon tartózkodó volt velem. És nem, nem tudtam rájönni, h miért. És nem csak velem, hanem mindenkivel. A másik az, hogy ez a kórházi környezet, hát senkihez nem szólt. Senkihez a kórteremben. ... mondta is, mikor bejöttem dolgozni másfél nap után, hogy 'én antiszociális vagyok' – sírt – 'antiszociális vagyok, én ezt itt nem bírom'. 'Nekem nem így kellett volna szülni'. Szóval annyira rajta éreztem azt először, hogy neki otthon kellett volna szülni. Nem kórházban. És eddig azért úgy sikerült mindenkivel úgy megbarátkozni, hogy kórház, de azért biztosítjuk azt a lehetőséget, azokat a feltételeket, hogy egy picit családiasan, picit otthonosan... de nála nem sikerült.*” (Rozi)

A többé-kevésbé kiegyensúlyozott munkakörülmények és a magabiztos szakmai identitás ellenére is megterhelő a szülésznői munka:

*„ez egy nagyon strukturálatlan élet, amiben mi élünk, állandó kiszámíthatatlanság, nem tudjuk, mikor kell menni, mikor jövünk haza, nem tudjuk, milyen kimenetele lesz a dolognak, amiben benne vagyunk” (Szilvia)*

*„...igazából nem a szakmai rész, ha szűken veszem, a manuális, meg a tudományos része az, ami ebben nehéz, hanem a – szerintem – benne levésünk. És a kilépésünk. Igen. És ezekből a történetekből [ahol megérintődik], gyakran sokkal nehezebb kilépni. Igen, hogy viszem magammal.” (Katalin)*

#### **5.4.5. Megvitatás**

Az interjúszövegek átiratainak elemzése során a felmerülő témákat két fő témába csoportosítottuk: a szakmai identitás fejlődése és a vajúddal való kapcsolat minősége, melyek egymást kölcsönösen meghatározó lényeges elemei a szülés során létrejövő kapcsolatnak. A beszélgetések fonalát a szakmai identitás bemutatása adja, ebbe az értelmezési keretbe illeszkedik a kiválasztott szüléstörténet: interjúalanyaink számára fontos a tudatos önreflexió, a történések interpretációja és személyes fejlődéstörténetükben való elhelyezése. Ahogyan *„...mi nők azért egész életünkben a szülésünkkel vagyunk elfoglalva.”*, úgy a szüléssel foglalkozó szakemberek is személyes élettörténetükhöz igazítva rendezgetik történeteiket.

Azokon a munkaterületeken, ahol a szélsőséges helyzetek szinte mindennaposak (*„tehát, amikor azt hiszed, hogy nincs több [magzati szív-] dobbanás... akkor... szóval, azok olyan koronária gyakorlatok, hogy nincs az a száz jó szülés, ami azt onnan lemossa”*), a segítő kapcsolat is további nehézségekkel terhelődik, így a segítő foglalkozású szakemberek kiégésének kockázata többszörös lehet (Kovács 2006; Fülöp 2013). A gyógyító tevékenység lényegét éppen az érzelmi munka adja, a *„bensőséges”* segítő kapcsolatban *„az érzelmek nagyon érdekes utakon tudnak közlekedni”* (Kovács 2006). Vannak *„nagyon nehéz szülések, amik mentálisan nagyon igénybe veszik az embert”*. A megnövekedett stresszre kórházi körülmények között legtöbbször érzelmi távolságtartással reagálnak a segítő foglalkozásúak: eltűnik az együttérzés, empátia, majd a páciens tárgyiasítása jelenik meg. Ez a folyamat érzelmi munkára képes interjúalanyaink irányába is megtapasztalható: a *„bent dolgozó kolléganők”* által használt *„hóbortos”* jelző devalválja interjúalanyaink munkáját, nem ismeri el releváns szakmai kompetenciaként az érzelmi támasznyújtást (Hunter 2001; Leinweber és Rowe 2010). Ha az ellátás olyan emberek érzelmi szükségleteiről szól, akik szenvedést, fájdalmat, vagy traumát élnek át, az a szaksegítőkben is traumatikus stressz-reakciókat indít el

(Leinweber és Rowe 2010). Az érzelmi támasznyújtás ugyanakkor szakmai kompetenciaként tanulható és tanulandó képesség (Hunter 2001).

Úgy tűnik, minél alacsonyabb státuszú valaki a kórházi hierarchiában, annál kevésbé van szabad választása a vajúdónak való segítség módjait illetően. A medikalizált, protokolláris ellátás szigorú normaként interpretálódik, ez még a jelen tanulmányunkban elemzett interjúkban is megjelenik (Kisdi 2012; Kitzinger 2008; Varró 2015; Varga 2015). Interjúalanyaink a mereven hierarchikus, többnyire személytelen kórházi körülmények között igyekeznek fenntartani és működtetni egy emberségesebb, nőközpontú szemléletmódot, de mindannyian megélik, hogy ez saját munkájukba csak „*finoman, lassacskán épül be*”, mert ez egy nehezen változó, „*feudális*” viszonyrendszer, ahol a hatalom és a döntés joga még mindig az orvosé. A vezető szülész nővér-szinten van a hierarchia csúcsán, de a szülészorvos „*engedi*”, vagy éppen „*neheztel*”, ha önálló döntései és cselekedetei vannak. A saját szülésekhez járó szülész nő, ha műszakba kerülnek, legfontosabb feladatuknak tartják, hogy betartsák a protokolláris szabályokat. Amikor azokkal az orvosokkal dolgozhatnak „*akikkel össze vannak szokva*”, és hasonló a szemléletük, vagy „*a pártjukon lesz*”, akkor érzik magukat biztonságban. Úgy tűnik tehát, hogy minden szakmai önállóságuk ellenére az orvos biztosítja a szülész nőknél a független munkavégzést. Ez az üvegplafon jelenségeként is értelmezhető, mely számos szakmában és munkahelyen megfigyelhető társadalmi egyenlőtlenség a nemek között: bármilyen magasra is jut a nő a munkahelyi vagy szakmai hierarchiában, egy bizonyos szint fölé nem kerülhet, és jelen esetben egyenrangúvá sem válhat a kétféle, szülész nő-bábai és szülészorvosi, szaktudás (Fox és Hesse-Biber 1984; Judge és Livingstone 2008).

Az egymásnak ellentmondó szemléletek polarizációja kezelhető keretek között marad interjúalanyaink esetében, tisztában vannak a medikális és a kapcsolat-orientált munka összehétközhetetlen „*üzemmódjaival*”, és különbségeivel, ugyanakkor „*ami rendelkezésükre áll, hogy lépjenek, vagy tegyenek*”, azt megpróbálják. Segítői identitásukban is tükröződik ez a kettősség, igyekeznek elkerülni azokat a helyzeteket, ahol nincsenek „*biztonságban*”, és „*lojalítás-háborúba*” keveredhetnek. A szüléstörténeteket sikeresnek vagy kudarcosnak értékelik, aszerint, hogy a medikális protokollhoz képest mennyire lehetett „*jobbra-balra eltérni*”, vagy alkalmazni kellett a „*teljes arzenált, amit a kórház fel tud hozni a medikalizáció jegyében*”. Ez a narratív szervezőelv lényegében a kapcsolat-orientált segítő munka sikerességére vagy kudarcára utal, a személytelen protokolláris ellátással szemben, és amelyet interjúalanyaink „*személyes sikerélményként*” vagy kudarcként könyvelnek el („*magunktól kellett volna megvédeni őket*”).

A vajúzó nő „*bevonul a saját tereibe*”, „*rá kell lépnie az anyai útra*”, a segítő pedig „*benne van*” a folyamatban, „*kíséri*” vajúzó az útján. Ha a szúlést, mint az önmagunkkal való találkozás lehetőségét tekintjük, a folyamatban létrejövő segítő kapcsolatra tekinthetünk úgy is, mint a pszichoterápiás kapcsolat egyfajta szimbólumára – a szúlés-szúletés szcénája pedig valamiféle átmeneti tér metaforájaként magában hordozza a pszichoterápiás gyógyulási lehetőségeket is. A pszichoanalitikus paradigma szerint a pszichoterápia legfőbb hatótényezője a terápiás kapcsolat (Szönyi 2000). A kapcsolat élménye, minősége, légköre alapvető fontosságú, hiszen a gyógyító kapcsolat a gyógyítás nem specifikus hatótényezője (Csabai, Csörsz és Szili 2009). Interjúalanyaink is megerősítik, hogy a biztonságos vajúzó-szúlés elengedhetetlen összetevője a jól működő segítő kapcsolat. Fontos, hogy „*megnyílik-e*” a vajúzó a segítő felé, „*intenzív együttlét*” jellemzi a segítő kapcsolatot, és „*van a szúlésnek egy dinamikája, vagy egy temperamentuma, ami a segítőkre is rányomja a bélyegét*”. A segítő számára nagyon „*személyes*” a segítés élménye, „*együtt mozognak*”, ugyanakkor a szúlést kísérő segítő a biztos pontja, a valóságban lehorgonyozott szereplője a közös élménynek ('anchored companion' - Lundgren és Dahlberg 2002). A vajúzó-szúlés lényegében egyfajta átmeneti jelenség, határ-helyzet, melyben a pszichés történések interszubjektív térben zajlanak ('boundary situation' - Lundgren és Dahlberg 2002). Nagyon fontos, hogy a segítő „*valamennyire azért a saját érzéseivel is kapcsolatban legyen*”, rendelkezzen önismerettel, a saját története „*megcsituljon*” és „*feldolgozódjon*”. A segítő kapcsolat dinamikája szervesen kapcsolódik minden résztvevő élményéhez.

A segítői identitás alakulása hasonlóképpen leírható az 'út' metaforájával, mint a vajúzó/szúlés folyamata, ráadásul ez a két út számos ponton közösen halad, ahogyan azt a két főtema elemzésénél láthattuk (Dima és Bucuta 2012; Rác és mtsai 2016). A kapcsolatban kibontakozó önmegtapasztalások táplálják a segítő identitást, és a segítői identitás alapvető meghatározója a vajúzóval való kapcsolat hangsúlyozása. A vajúzó pszichés szükségleteit Winnicott fogalmaival értelmezhetjük. Az egyedüllét képessége lehetővé teszi, hogy úgy tudok jelen lenni önmagamban, miközben van mellettem valaki, akiről tudom, hogy rendelkezésemre áll, de nem készlet folyamatosan reakcióra. A kapcsolati történések szempontjából nevezi ezt Winnicott az én-kapcsoltság állapotának (Winnicott 1958/2004). Ebben az ellazult állapotban, a biztonságos környezetben, a vajúzó biztosan tudhatja: megfeledezhet önmagáról. Ez a közös tér a vajúzó/szúlés kísérése „*nagyon komoly mentális, lelki jelenléte*” kíván a segítőtől; ugyanakkor az, hogy „*egy másik emberrel van egy helyzetben*”, lehetővé teszi, hogy saját segítői identitását, önmagát is megtapasztalja benne. A

vajúdás/szülés során létrejövő segítő kapcsolat 'rejtett szövedéke' közös mintázatba írja a segítő és a vajúdo történeteit (Hunter 2008).<sup>18</sup>

## 5.5.NEGYEDIK LÉPCSŐ: 7 FŐS ELEMZÉS

### 5.5.1. A vizsgálatban résztvevő személyek

Három bábával és négy dúlával készült interjú anyagát elemezzük ebben a szakaszban. Egyikük, Ildikó helyzete különleges: ő bábának tanul, és dúlaként praktizál. A szakemberek adatait a következő táblázat tartalmazza.

12. táblázat. A negyedik lépcsőben résztvevő személyek adatai

név (kitalált)	életkor	pozíció	munkavégzés helye	hány éve praktizál	képek
Ildikó	52	dúla/bábatanonc	otthon és kórház	5	igen
Vera	58	bába	otthon	29	igen
Enikő	38	bába	otthon	10	igen
Emese	49	bába	otthon	18	nem
Klára	42	dúla	kórház	6	nem
Dóra	40	dúla	kórház és otthon	8	igen
Teri	47	dúla	kórház és ritkán otthon	20	igen

### 5.5.2. Kutatási elrendezés

Ebben a csoportban közös, hogy a segítők mind intézeten kívüli, mind kórházi szülések mellett megfordulnak, így tapasztalatuk van mindkét rendszer működéséről, illetve ezek egymásra utaltságáról és konfliktusairól is. A vajúdás/szülés helyszíne befolyásolja a jelenlévő segítők személyét, ebből következően a segítségnyújtás szemléleti kereteit, továbbá a folyamat lezajlását is. A szüléskísérés bábai szemlélete gyökeresen különbözik a medikális szemléletű szülészeti gyakorlattól, mind a szülésznők, mind a szülész-nőgyógyászok tekintetében. Az intézményen kívül praktizáló bábák munkájában időnként előfordul, hogy

<sup>18</sup> „Hidden threads in the tapestry of maternity care” (Hunter 2008)



kórházba kell szállítani a vajúdót, de ha ez történik, ők laikus kísérő szerepében – vagy sokszor még így sem – vehetnek részt a szülés további kísérésében, tehát a beszállítással gyakorlatilag megszűnik szakmai kompetenciájuk. A dülák asszonytársi segítőként kísérik a szülést, támogatva a vajúdót a saját döntéseiben és folyamatában. A vizsgálatban résztvevő dülák közül hárman járnak kórházi szülésekhez is, a szülő nő (család) igényeihez igazodva, Ildikó pedig kivételes esetben kísért egy alkalommal kórházban szülést dülaként – és pontosan ezt a történetet választotta az interjú során is. Az eddig elemzett interjúkhoz hasonlóan, a szüléstörténetek a szakmai identitás narratív keretébe ágyazódva jelennek meg, újabb aspektusokkal árnyalva azt. A konfliktusok jellemzően a szülés helyszínéhez és ehhez kapcsolódóan az intézményes rend működéséhez kapcsolódnak. A szüléstörténetek a legtöbb esetben különlegesek és személyesek, ezért itt fokozottan ügyeltünk az anonimitás megőrzésére, ugyanakkor a szövegek koherenciájának megőrzése érdekében az idézetek terjedelmesebbek – a leghosszabbakat a mellékletben közlöm. Az egyes fejezetek végén a felmerülő témákat kivonatolva, táblázatokban is összefoglalom.

### **5.5.3. Az interjúkban felmerülő témák:**

#### *5.5.3.1. A segítőik közötti viszonyok*

Interjúalanyaink nagy jelentőséget tulajdonítanak a segítő munka során a munkatársi kapcsolatoknak. Az előzőleg elemzett, kórházi szülésznőkkel készített interjúkban is megjelent a segítő munka polarizáltsága, a különböző szemléletek összeegyeztethetlensége, egymást kizáró jellege. A különböző helyszíneken dolgozó dülák és bábák szövegeiben méginkább előtérbe kerül, milyen mértékben átjárhatatlan a két szemlélet és működési rendszer. Jellemző, hogy az otthoni, háborítatlan szülések és a kórházi, protokolláris, irányított szülések között minőségi és lényegi különbséget tapasztalnak, és ezt interpretálják is. Az egymásra hangolódáson, érzelmi támasznyújtáson alapuló, holisztikus szemléletű segítség legtöbbször akadályokba ütközik a hagyományos, „*alá- fölérendeltségi viszonyokkal*” terhelt kórházi körülmények között. Ez a működésmód a vajúdókra is hatással van, a dülák meglátása szerint a nők leggyakrabban passzív, engedelmes szerepben próbálják túlélni a szülés időszakát: „*ők majd tudják a dolgukat és nekem semmi más dolgom nincsen, mint hogy elviselni azt, ami történik, és majd túl leszünk rajta, hát rengetegen túl voltak.*”

Jellemző, hogy amikor sikerül megfelelő ellátást biztosítani, az azért lehetséges, mert „*... jó szülésznő meg orvos ügyeletes akadt éppen valahogy.*”

Teri (dúla) arról is beszámol, hogy milyen élmény az, amikor a szülésznő és a dúla közötti együttműködés létrejön.

*„Közben volt műszakváltás, és a reggeli szülésznővel nagyon jó összhang volt, és akkor egy ponton ... megsúgtam neki, hogy /az anyának/ nehéz ez az elengedés vagy bizalom. És ezt ő olyan jól vette, nekem ez megnyugtató volt. Szerintem értette, hogy mit akarok.”*

Ildikó (dúla) és Dóra (dúla) ezzel szemben éppen a tehetetlenség érzését emelik ki: tisztában vannak azzal, hogy tudnának segíteni, de mégsem változtathatnak a folyamaton. Teri (dúla) több szüléstörténetet is elmesélt az interjú során, amelyek között tehetetlenség-érzettel és felkavaró érzésekkel járó élmény is szerepelt.

*„Dúlaként mentem oda, és... és... tehetetlen kiszolgáltatottságot éltem át. ... nem tudtam semmit se tenni, egy hajszálat se tudtam keresztbe tenni, azügyben, hogy a dolog bármilyen jobb fordulatot vegyen. ... És nem találtam fogást azon, hogy hogy lehetne érvényre juttatni bármit, a helyzettel és a segítőkkel szemben.”* (Ildikó)

*„Egyre messzebb kerültem fizikailag is tőle, egyre kevesebb volt, aminél azt éreztem, hogy érdemben tenni tudok azért, hogy neki most valahogy jobb legyen.”* (Dóra)

*„ez egy ilyen PTSD azóta is a számomra. Nem szoktam azért álmodni vele, de gyakran eszembe jut. És úgy a szagok, meg a minden így feljön, és akkor így egy ilyen hányingerhez hasonló érzés... Igyekszem lenyomni, de hogy... már nagyon sok mindenkinek elmeséltem, dolgoztam rajta, de hogy hova lehet ezt eltenni, mit lehet ezzel kezdeni. És hát, azóta is marcangolom magam, hogy mit lehetett volna csinálni, de hát ennél többet nem... Tehát, hogy mi lett volna az a kongruens közlés, ami őket is helyre teszi, meg nem bántó, meg nem agresszív, és a helyzetet is megoldja. De hát nem voltam ennyire toppon.”* (Teri, dúla)

Teri (dúla) pályafutását összefoglalva képet ad a dúlák jelenlegi helyzetéről a kórházi körülmények között, amely sokszor konfliktusokkal terhelt, zavaros, és minden szereplő számára megterhelő. *„98-ban életbe lépett az egészségügy törvénynek az a része, hogy a szülő nő választhatja a helyet, és tehát hogy a szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megválasztott nagykorú személy a vajúadás és a szülés alatt folyamatosan mellette lehessen, vagy vele lehessen. Így van szó szerint, és az általa megjelölt nagykorú személy – amit szeretnek úgy interpretálni, hogy egy. Számtalan jogással beszéltem, az egy az akkor egy, ha az oda van írva, hogy 'egy, csakis egy'. Így meg az általa megjelölt az lehet húsz is, vagy egy. ... És hát 2001-ben két kórházzal is sikerült szerződést kötni, tehát az osztályvezető főorvosok azok így benne voltak... De hát, ott voltunk egy ilyen osztályértékelésen, amit az osztályvezető*

*főorvos összehívott, és a szülésznők egész egyszerűen forgatták a szemüket: mit keresünk mi itt, és miért, miért... mi szükség van dúlára?”*

Teri a jelenlegi helyzetet nem csak saját tapasztalatai, hanem vezetői és szervezői munkája révén is átlátja.

*„Hát tragédia, és az a csapat, akik ott az újító szülész-nőgyógyász körül ezt a szemléletet képviselték, azok vagy maguktól elmentek, vagy olyan lett a helyzet... És hát egyre súlyosabb a helyzet, a másik kórházban is egyre csak... Az osztályvezető főorvost is, teljesen értelmetlenül, nyomják alulról és nyomják felülről, és teljesen elege van, hogy nem tud mindenkinek megfelelni. Merthogy ez a leglazább hely, de a klinikáról meg jön az utasítás, hogy de náluk miért van ez, meg miért van az. Biztos azért van annyi ilyen eset, meg olyan [szövődményes] eset, mert annyira lazán kezelik... Ebbe én nem látok bele, és nem is nagyon akarok belelátni, csak azt látom, hogy már ott is egy csomó minden nincs, ami volt korábban.”*

A korábbi szakaszokban elemzett interjúkban is előkerül a rendszerszintű problémák megoldatlansága, melyre szinte mindig egyedi, kivételes és esetleges megoldások születnek.

*„A kórházban meg sokkal nagyobb szükség lenne rá [dúlára], csak oda meg nem engednek be. Ezzel együtt én 7 budapesti és 4 vidéki szülészeten kísértem szüléseket, mert elintézték a mamák. És ez nagyon gyakran ezen múlik. Tehát elvben a főorvos, vagy a nem-tudom-ki nem akar dúlát látni, de van egy orvos, aki... Vagy maga a főorvos, ha egy-egy esetben megkérhető, akkor szabad menni, és akkor így besuttyantam, és hát mindenütt ugyanazt látom. Szörnyű. Szörnyű.”*

A dülák helyzete az egészségügyi intézményekben, továbbá az orvosokkal való viszonyuk sokféleképpen alakulhat, Klára (dúla) pozitív tapasztalatokról is beszámol. Az interjúk alapján azonban úgy tűnik, hogy jelenleg az orvosok jóindulatán és nyitottságán múlik, engedik-e a egyáltalán a dülákat dolgozni.

*„Van olyan [szülészorvos], akivel tegeződöm, és teljesen partnerként vagyunk, megkérdezte a szülésznővel mi hogy csináljuk, és mondta, hogy akkor vele is, mert mi egy team vagyunk. Ettől elkezdve, egészen odáig, hogy ellenséges, vagy pedig levegőnek néz, mindenféle van a palettán. Nem tudok neked olyat mondani, hogy ilyen az általános orvos, vagy olyan, hanem nyilván ez függ az ő tapasztalataitól, a dülákkal kapcsolatosan. Akkor függ az ő előítéletei, vagy elképzeléseitől – mert azok is vannak, és lehet, hogy csak úgy hírekből tájékozódik. Meg függ attól, hogy ő milyen ember. Soktényező, hogy egy-egy orvos hogyan áll a dülákhoz. Még az olyan helyen is, ahol nem nagyon engednek be dúlát, ott is volt olyan orvos, aki azt mondta, hogy igen, az apa és a dúla is bemehet. És a nyitottságáról ismert kórházakban is*

*van olyan orvos, aki megmondja, hogy ide dúla nem jöhet. ... De mondom, olyan is van, aki nem tud vele mit kezdeni, és úgy csinál, mintha nem lennék ott. Egyenesen átnéz rajtam. Ilyen is van.”*

Enikő (bába) az interjúhelyzetben nem egy számára általánosan előforduló, jelenhez közeli, otthoni szüléstörténetet választott, hanem tanulóéveiből, kórházban töltött gyakorlatából idéz fel egy jellegzetes és különleges esetet. Enikő megrázó élménye a kórházban tapasztalható hatalmi működésről, és ennek a történetnek a fordulópontja, amikor belép a tekintélyszemély, nagyon hasonlít Teri (dúla) és Dóra (dúla) élményére. Ez utóbbi történetben a szülésnőgyógyász tett degradáló megjegyzést a korábbi folyamatra: a hierarchikus, patriarchális értékrend semmissé tudja tenni azt a komoly munkát, amit a vajúdó és a segítője hosszú órákon át végeznek: *„eddig tartott a játék, most jön a szüléset”*.

*„Engem kiharancsolt az ügyeletes szülésznő, hogy menjek és rakosgassam föl a CTG-ket. És nagyon nem akart ugye engem elengedni ez a vajúdó asszony. És borzasztó nehéz volt, mert kristálytisztán éreztem, hogy borzasztó nagy szüksége van rám.”* (Enikő)

*„És akkor bejött a... bejött a szülésznő, és emlékszem, ahogy így húzta föl a kesztyűjét, hogy akkor ő most megmutatja, hogy hogy is van egy szülésvezetés. Orvos nem jött be egyébként, de hát ezt azért lehetett megtenni, mert ez a vezető szülésznő volt.”* (Enikő)

*„És hát nekem szörnyű volt ezt átélni, legalább egy óra volt ez az egész huzavona. Már hogy a babán. /Mi volt szörnyű?! Hát, ez a kitolási szakasz. Tehát, a vajúdást, azt vette, az csodálatos volt, azzal semmi gond nem volt, és ott voltam, tök jól elvultunk. ... Tehát, hogy teljesen az volt, hogy de jó lenne, hogy ha ez végig így lenne. Aztán megjelentek ők a színen, és akkor átvették ők az irányítást.”* (Teri)

Szintén előkerült már a korábban elemzett interjúk kapcsán a bántalmazás témaköre, de az eddigi szövegek legfeljebb élmény szintjén tartalmazták ezt a témát, és a kutatói értelmezés szintjén foglalkoztunk vele. Enikő felismeri és interpretálja az élményét:<sup>19</sup>

*„Hát, az látszott, hogy soha, senki nem mond ellent neki. Nem volt az életében egy nő, soha, aki azt mondja, hogy nem. Ez magában is szörnyű, de az, hogy voltak ott a háttérben, akik ezt szó nélkül végignézték. Tehát, hogy ehhez asszisztálnak, és hát minden bántalmazós sztori ilyen, nem? Tehát, hogy vannak olyan szereplők, akik ezt tudják, és csöndben végignézik.”*

---

<sup>19</sup> A történet teljes egészében a 4.10. Mellékletben olvasható (190.o.).

A kórházi hierarchikus működés a hatalommal való visszaélés irányába történő elmozdulásait mutatja az a történet, ahol a dúla ki van szolgáltatva az orvos indulatainak; majd a szülésznő, feltételezhetően engedelmessé válva a felülről jövő parancsnak, „kitiltja” őt ebből a kórházból.<sup>20</sup>

„És ott kint a folyosón, kicsit ilyen sokkban, még dobogott a szívem, meg minden, megtalált az egyik doktornő, és félrevont. És látszott, hogy ő is totál ki van borulva, és rám zúdította... nem volt jelen a szülésnél, de többször is benézett.” (Dóra, dúla)

„És amikor az utolsó zacskóért, vagy táskáért még visszaszaladtam a szülőszobára, akkor félrevont ez a szülésznő, hogy kitiltani formálisan ugyan nem tudnak – én tudom, hogy tényleg nem – de szépen szeretne megkérni, hogy a megrendült bizalom miatt én ne menjek ebbe a kórházba szülést kísérni.” (Dóra, dúla)

Öncélú hatalomgyakorlásról Teri (dúla) és Enikő (bába) is beszámol.

„Ott két olyan csecsemős nővér van, akin nem fog ez a bababarát szemlélet, nem hajlandók elvégezni a szoptatás-tanfolyamot... még a negyven órást sem. És hát vízben született ez a baba, és semmi perc alatt, tudod, így szól /a szülésznő/: 'na akkor most megfürdetjük, mert csupa vér a feje'. Én egy szem vért nem láttam a baba fején. De ő még körömkefével is kicsit lesikálta. De nem mondtam, hogy ne, ez nem az én dolgom, ha én lettem volna, akkor biztos ráripakodok, vagy nem tudom. De ott voltak a szülei, hát hogyha ők nem szólnak, akkor nekem semmi közöm hozzá, csak a gyomromban liftezett a... izé. És persze ordított a baba.” (Teri)

„Nem nagyon sokat beszélünk, szorította a kezem, fogta a kezem, és azt mondta, mondogatta, hogy legyél itt, maradj mellettem. Eszem ágában nem volt elmozdulni, csak, hogy akarta ezt a biztosítékot. Majd az utolsó pillanatban, tehát a kitolási szakban rossz érzés volt az, hogy nem lehetett elmulasztanom azt a pillanatot, amikor a baba elindul kifelé. Jobb lett volna neki ott békében megszülni, de muszáj volt szólni, mert akkor utána nagyon nagy leszidás lehetett volna kapni ezért, hogy még erre sem vagyok képes, hogy ezt fölismerjem, holott képes lettem volna rá, csak neki lehet, hogy jobb lett volna úgy.” (Enikő)

„Amikor belépett a szülésznő az ajtón, akkor épp egy kontrakció volt és teli torokból üvöltött ez a nő, hogy: 'Segíts, kérlek, segíts!' És akkor láttam, ahogy húzta föl a kesztyűt és azt mondta: 'Kicsikém, nincs tegeződés a szülőszobán, itt magázódás van', és akkor látszott,

---

<sup>20</sup> A történet teljes egészében a 4.11. mellékletben olvasható (192.o.).

*ahogy így kinyitotta a szemét ez az asszony és így kitisztult a tekintete, vagy úgy kilépett abból a kontrakcióból, és akkor azt mondta, hogy: De hát én a jóistenhez szóltam, nem magához!”*

Tehát, ahogy Enikő megállapítja: *„a jóistennel lehet tegezõ viszonyban lenni, de a vezetõ szülésznõvel nem.”* (Enikõ)

Interjúalanyaink szerint a vajúdot gyakran nem tekintik kompetens, felelõs személynek, hanem a segítõn kéri számon a mulasztásait. Ha valamilyen okból a vajúdo nem képes együttmûködni a kórházi személyzettel, a bizalmatlanságáért õt vagy a segítõjét hibáztatják.

*„De már ott is tõlem kérdezték, kicsit szemrehányóan, hogy miért nincs ilyen-olyan papírja. Minthogyha az én lányom lett volna, vagy nem is tudom.”* (Dóra, dúla)

*„Már az is nagy dolog volt, hogy õk így érzékelték, hogy van egy kis bizalmatlanság, de ezt meg is említették, az még validálta is, de hibáztatták érte: miért olyan nehéz magának bennünk megbízni?”* (Dóra, dúla)

Teri arról is beszámol, hogyan áldozzák be a nõ önrendelkezését a medikális protokollnak, és hogy ez neki milyen komoly belsõ konfliktust okozott.

*„A mama még nem érzett toló kontrakciókat, õk viszont elkezdtek nyomatni. Hát én meg hiába... vagy hát, nem tudom, hogy mennyire... de ott volt a kín, hogy most akkor én adjak neki ellentétes... nem utasításokat, hanem ajánlásokat? Hát, így próbáltam, hogy 'hallgass a testedre', meg izé, bigyó, de hát... nagy volt a túlerõ. És hát, láttam, hogy õ azonnal alárendelõdik, és csinálja. Na és hát, szépen lassan így kicsiklandozták belõle a gyereket, aki elég romos állapotban jött a világra, végén már így a szívhangok eléggé leestek. És hát a végén meg is erősítette, hogy neki egyetlen darab toló ingere nem volt, csak így nyomatták, és hajtotta végre az utasítást, és hát a gyerek is nyilván, ennek fényében hófehéren jött a világra.”*

A szakmai kapcsolatok és viszonyrendszerek kapcsán felmerült témákat a 13-15. táblázatban foglaltam össze.

13. táblázat: Főtéma: szakmai kapcsolatok és viszonyrendszerek – bábák

Kapcsolat:	Felmerülő témák	Idézetek
orvosokkal	hierarchia	„egy kórházi szülésznő nagyon erősen hatalom alá vetett ember” „semmilyen partneri viszonyról nem tudok beszámolni”
	abúzus	„Legális keretek között zajló erőszak és bántalmazás.”
	szemléletek közötti ellentét	„hogyan ez ilyen ellenséges... ez a másik oldalra való átállással egyenértékű, azt én nem tudtam”
	a kórházi hierarchia hatással van az otthoni szülésre is	„ilyen körülmények között ez egy mérsékelten háborítatlan tevékenység”
	megfosztás a kompetenciától	„ha be is engednek, akkor úgy lehetek ott, mint egy családtag, vagy szóval... mint egy dűla” „legtöbbször az van, hogy ott a folyosón ácsorgunk és aztán majd lesz valami”
	együttműködés	„tök normálisak, empatikusak voltak, szépen beszéltek” „vártak türelmesen”
dúlákkal	szerepek átjárhatósága	„a bába akkor jó, ha képes a bábái teendőket aktualizálódásáig olyan dűla lenni, akiben még a bába sem jön elő” „Bábatanonc koromban dűlaként mentem szülésekhez”
szülésznőkkel	hatalmi harc	„kiparancsolt az ügyeletes szülésznő” „felsőbb utasításra nekem ki kellett onnan menni”
	szakmai versengés	„feszengek, mert én túl buta vagyok ahhoz, hogy itt helyt álljak egy ilyen helyzetben”

14. táblázat: Főtéma: Szakmai kapcsolatok és viszonyrendszerek – dülák

Kapcsolat:	Felmerülő témák	Idézetek
<b>orvosokkal</b>	kiszolgáltatottság a hatalomnak	„önkény volt” „legyünk lojálisak a rendszerhez” „nehogy már egy dúla szakértse a dolgot” „nem vagyunk egyenrangú felek, tehát ezt így érzékeltette” „beengedi -” „vagy nem engedi a dülát a szülőszobára”
	együtműködés	„egy team vagyunk”
<b>szülésznőkkel</b>	kiszolgáltatottság	„kiszolgáltatottság mértékét azt teljesen az szabályozza, ami a kórházi dolgozókból meghatároz” „sikítófrászt kap a személyzet, hogy mit akarunk mi ott”
	együtműködés	„együtt voltunk abban a burokban”
<b>bábákkal</b>	együtműködés	„flow” (megkérdezettjeink főként kórházban dolgozó dülák, így erről a viszonyról csak Teri tesz említést)

15. táblázat: Főtéma: vajúdoval való kapcsolat akadályai, konfliktusai a kórházban

Akadályok, konfliktusok	Felmerülő témák	Idézetek
<b>bábák</b>	hierarchia	„végül persze begyűrte a rendszer” „látta, hogy nem érdemes harcolni”
<b>dülák</b>	szégyen	„Nagyon szégyelltem is magam. Hogy... hogy csak ennyi... volt a jelenlétem” „láttam ennek a sokat próbált szülésznőnek az arcán az undort és a viszolygást”
	frusztráció	„valódi jelenléthez egyetlen szereplő sem jutott el” „nem tudom úgyse azt produkálni, amit szívem szerint adnék a vajúdonak”
	kiszolgáltatottság	„ez a lány teljesen kiszolgáltatott” „ez az orvos egészen másképp beszélt velem most, hogy te ott voltál, mint amikor egyedül voltam”



### 5.5.3.2. Szakmai identitás

A szakmai identitás alakulása jelentős mértékben függ attól, hogy van-e hozzáférése a személynek a különböző szüléstörténetekhez. Interjúalanyaink számára általában meghatározó saját szülésélményük, illetve korai tapasztalataik a vajúdással, szüléssel kapcsolatban.

*„És akkor így olvastam a rémesebbnél rémesebb történeteket... és amikor a hatvanharmadik ilyen történetet olvastam, akkor azt kérdeztem, hogy úristen, mi folyik itt? Nekem borzasztóan medikalizált szüléseim voltak, de nagyon gyorsak és könnyűek, és nem éltem meg traumaként. Amiket meg ott olvastam, hát az horror volt.”* (Teri, dúla)

*„Legelső élményem így szülésről, hogy az otthon zajlik, biztonságban, békében, akik jelen vannak, azok jól tudják a dolgukat. És hogy ott nem is annyira domborodott ki számomra a segítő szerep, de azért, mert azt gondoltam, hogy az a folyamat része, és hogy ezek a szülések lezajlanának nélkülünk is. Mi csak egy ilyen plusz megerősítést tudunk ehhez nyújtani.”* (Enikő, bába)

A segítség legjellemzőbb összetevője az erős támasz nyújtása, mely nem csak mentális, hanem érzelmi, hanem fizikai támaszt is jelent, ugyanakkor női jellegű:

*„...teherbírás, meg erő ahhoz, hogy végigcsinálj egy nagyon-nagyon erősen igénybe vevő folyamatot. Persze természetesen ezt a fizikai jellemzőt, ezt erősen tudja fokozni a bevonódás, tehát hogy a fáradtság az időnként nagyon relatív. A bevonódás az felül tudja írni az esetleges fizikai fáradtságot.”* (Ildikó, dúla)

*„Női segítők teljes lényükkel körbeveszik, részeivé váltak a folyamatnak”* (Enikő, bába)

*„A szülés az egy zömében női dolog, és a női energia az, ami a legtöbbször a legtöbbet adhatja”* (Enikő, bába)

*„Nagyon együtt csináljuk, és együtt vagyunk, tehát ez még pont nem a határ átlépése”* (Emese, bába)

A női segítséggel kapcsolatos negatív élmény is előfordul, mely szintén interjúalanyaink azon meggyőződését mutatja, hogy a szülés körüli segítség nem-specifikus (gendered) jellegű.

*„És hogy [ezek az orvosok] nők, érted? Mert ha férfi, akkor azt mondom, hogy férfiből van, de hogy nő, és mind a kettő szült, tehát mind a kettő anya is. És mind a kettő szakember is, és hirdetik a természetes szülés népszerűségét, na mindegy.”* (Teri, dúla)

A jó segítő észrevétlen, *„aki után érzések maradnak meg csak”*. A jó segítő kettős szerepben van: személyre szabott ellátást biztosít, ugyanakkor valami nagyon általános, nagyon személytelen emberi szolgálatot teljesít. Jellemző, hogy sokszor apróságnak, semmiségnek

tűnő dolgok jelentik a világot a vajúdónak. Ugyanakkor az egymásra hangolódás, az intuíció, empátia szerepe is felértékelődik.

*„Olyan a jó segítő, hogy felveszi azt a ritmust, vagy azt a hangulatot, ami intuíció.”* (Kinga, bába)

*„itt a két kezem, és a szívem, tehát én vagyok.”* (Teri, dúla)

*„Nagyon sokszor az van egyébként, hogy ott állhatok, és foghatom a mama kezét, és ennyi az, amit tehetek. Esetleg a fülébe duruzsolhatok, hogy figyelj, most kéne megkérdezni, hogy ízé, vagy nyugodtan mondhatod, hogy nem kéred, vagy kéred a valamit. És passz. Tehát, hogy ennél többet nem tehetek, és így is rengeteg olyan visszajelzés van, hogy de jó, hogy ott voltál, mert ha nem lettél volna ott. De hát én nem csináltam semmit! /de ott voltál/ De ott voltál, és erőt adtál ahhoz, hogy én küzdjek magamért, és hogy kijöjjön a számon az a mondat, hogy ízé, bigyó. Körülbelül ennyi.”* (Teri, dúla)

*„Ezt mindig a pillanat hozza, tehát én ezt nem fogom tudni előre, hogy neki mire lesz szüksége. Valószínűleg ő se fogja tudni. /igen/ Ez ott és akkor fog kiderülni. Ez a személyközpontúság.”* (Teri, dúla)

Különösen érzékeny téma a felelősség vállalása a vajúdás folyamatáért. Egyrészt a bába és a dúla szerepkörének meghatározása szempontjából merül fel; másrészt az intézményes háttér hiánya, a kórházi szülésekhez képest sokszoros figyelem kontextusában.

*„A különbséget /bába és dúla között/ ugye az adta, amikor elkezdtem az iskolát, hogy ki az, aki azt az indítást érzi magában, hogy felelősséget tudjon vállalni azért a folyamatért, az anyáért, a kisbabáért. Hát /a dülák/ ilyen érzelmi támogatók, segítők, borzasztóan fontos szerepben, de hogy elsősorban... döntést nem szabad hozniuk, meg hogy az ő feladatuk nem a szakmai szempontból történő megítélése a folyamatnak. Függetlenül attól, hogy egy négygyerekes anya már nyilván látja... három-gyerekes is, meg kettő is, hogy mi zajlik, mert már többször is benne volt, de hogy nem az ő kompetenciája, hogy megítélje, hogy az szakmailag helyén van-e, vagy nincs. Ez egyfajta könnyebbség, mert az egy jó érzés is tud lenni, hogy mellesleg látom, hogy mi történik, de nem az én feladatom, hogy ebben döntést hozzak.”* (Enikő, bába)

*„Bábaként az otthoni szülések kísérésénél, az nem az, ami régen volt, most elsősorban a felelősség az, ami... egyébként pokoli nyomasztó. Az a nyomasztó benne, ami talán eddig nem volt, hogy nagyon sokan figyelik árgus szemekkel azt, hogy vajon mikor hibázunk. És hát, hibázni bármiben lehet. Mondjuk úgy, hogy nem teljesíteni az elvárásokat, vagy éppen*

*valamelyik paragrafusnak nem megfelelően, bármelyikünk, bármikor tud. Úgyhogy ilyen keretek között, ez egy mérsékelten háborítatlan tevékenység.” (Enikő, bába)*

A korábban már többféleképpen felmerülő önismeret témaköréhez újabb aspektusból közelítenek interjúalanyaink. Szerintük a jó segítő tud vigyázni magára: *„Ha valakinek segítséget ajánlunk fel, akkor jó, ha ő tudja, hogy bármit kérhet. Mégpedig akkor kérhet bármit, hogyha én szólni fogok, hogy ha azt már nem akarom teljesíteni. Tehát, ha biztos lehet benne, hogy nem tesz nekem rosszat azzal, ha bármit kér. Mert én vigyázok magamra.”* (Emese, bába)

*„Kevés szüléskísérést vállalok, és amikor van egy ilyen kiborító, akkor meg tudom tenni, hogy egy darabig nem megyek. Azt fogalmaztam meg, hogy akkor megyek szüléshez, ha nem viszek oda magamból. Persze ilyen nincs, de ahol nem érzem azt, hogy nem tudok az itt és mostban lenni, mert annyira valami régi dologgal kell, hogy foglalkozzak.”* (Dóra, dúla)

*„...Sok nehéz történet van, de egyre jobban értem magamat általuk.”* (Dóra, dúla)

*„Az igent mondás a feladatra. Belül. Minden nyűgével és nehezával, szóval nehézségével.”* (Ildikó, dúla)

Enikő szakmai identitását alakította a különböző helyszíneken történő segítség minőségbeli különbsége is:

*„Itt /a kórházban/ nagyon éreztem, otthoni szüléseknél ennyire talán soha nem szoktam érezni azt, hogy mennyire fontos a segítő jelenléte, holott ugyanolyan fontos, nyilván. Csak egy olyan helyzetben, ahol az ember a saját maga helyén van, a saját szülésében, ott ez nem annyira domborodik ki, ott ez olyan természetes, vagy olyan helyénvaló. És hogy ugye, amikor igazán sokat tudtam segíteni, az például ez a helyzet volt. És ilyen apróságokkal, semmi mással, csak hogy ott álltam mellette, és fogtam a kezét, mert a világon semmi egyebet nem engedtek nekem csinálni, akkor még. És hát ott a hirtelenjében kialakult helyzet meg nem is volt adott még arra sem, hogy bármi féle fizikai fájdalomcsillapítást, szóval se borogatást, se masszírozást, semmit nem tudtam. Pusztán a jelenlétem volt az, amit tudtam neki adni, akkor ott.”*

A vajúadás/szülés során jelenlevő minden szereplővel fontos a kapcsolat minősége a segítő szempontjából is. Ezen kapcsolatok mentén – egyrészt a vajúadóval, másrészt a különböző segítőkkel való közös munka során – bontakozik ki a szakmai identitás. Klára (dúla) olyan esetet említ, amikor a segítőkkel való viszonya került előtérbe, és amely nagyon megterhelő

volt számára a szüléskísérés folyamán. Dóra (dúla) pedig a segítővel átélt közös élményről, és ennek megerősítő hatásáról beszélt, Enikő pedig a szabad választás lehetőségét hangsúlyozza.

*„Volt már olyan, hogy annyira szörnyű volt valami, nem is a szülés maga, de ott az emberi viszonyok... hogy amikor mentem haza, már akkor fel kellett hívjak valakit, mert egyszerűen annyira nyomasztott, hogy muszáj volt rögtön kiadni, mert azt éreztem, hogy boóáh... felrobbanok. Vagy nem is robbanok, de olyan szörnyű érzés volt.” (Klára)*

*„Nem volt alkalmas a helyzet arra, hogy elkezdjek beszélni vele /a szülésznővel/ arról, hogy mennyire örülök, hogy bejött ez a nő a kórházba egyáltalán, csak egy mondatot mondtam arról, hogy ez a pár ez baromi messziről jött ebbe a helyzetbe, és köszönöm, hogy segítettek nekik ezt valahogy megélni. És akkor elkezdett kérdezgetni... látszott rajta, hogy ő is azon kattog, hogy mi ez az egész sztori, és hol kezdjek el erről beszélni? És akkor az jött ki belőlem, hogy ez egy nagy gubanc, mint ami a gyereken volt. És így rám nézett, hogy aha. És ettől a tök megértő válasz-kilátástól volt az, hogy nekem ettől az egésztől valamilyen szinten mégiscsak jó élményem volt. Volt benne még valaki, aki értette, hogy az anyának mit jelent ez, meg nekem. Még akkor is, ha ez marhára nem volt kibeszélve, de ez egy kicsit hitelesítette az én élményemet. Erre nagy szükségem volt. Mert nyilván, az anyának nem dolga, hogy ápolja a lelkemet.” (Dóra)*

*„...az borzasztó rossz volt, amikor egy felsőbb utasításra nekem onnan ki kellett menni, és azután mégiscsak kikövetelte ő magának, szóval, hogy ez nagyon jó dolog volt, tehát, hogy nem én döntök arról, hogy ott akarok-e maradni, vagy nem, merthogy a segítőnek a szabad döntése az pontosan ugyanolyan fontos, mint a vajúdóé. És hogy itt azért nem volt meg egyértelműen a szabad döntésem.”*

A dúlák munkakörülményeire jellemző leginkább, hogy ki vannak szolgáltatva az adott helyzetnek, az éppen jelenlevő segítőknak, miként végezhetik a munkájukat, vagy végezhetik-e egyáltalán. Ezért szakmai identitásuk része ennek a bizonytalansági tényezőnek az elfogadása, és saját segítő szerepük folytonos újradefiniálása. Sokszor csak a 'dúla-hatás'-ban bízhatnak:

*„Lehet kérdezni, meg tudja, hogy ott vagyok. De ilyen még nekem nem volt, hogy ennyire kiszoruljak abból, ami a feladatom lett volna. És ez nem volt olyan jó élmény. Amikor már bemehettem, nagyon meghitt volt” (Klára, dúla)*

A folyamatos kihívások a szakmai identitással kapcsolatban azonban nem feltétlenül inspirálóak, előfordul, hogy fáradáshoz, kiégéshez vezetnek.

„Azóta nem voltam szülésnél, és most már így egyre inkább az van bennem, hogy nem szívesen teszem be a kórházba, semelyik kórházba a lábam. Hogy kell nekem az az élmény? Nem tudom úgyse azt produkálni, amit szívem szerint adnék a mamának... és hogy tudom magammal elszámolni, hogy ezt nem tudom megcsinálni. És, hogy akarok én ilyen helyekre járni? Tehát már elég élményt begyűjtöttem, és nem tudok ennél többet tenni, és egyre romlik a helyzet.” (Teri, dúla)

16. táblázat: Főtéma: Szakmai identitás

Felmerülő témák	bábák	dúlák
<b>önismeret és határok</b>	„...a segített biztos lehet benne, hogy nem tesz nekem rosszat azzal, ha bármit kér, mert én vigyázok magamra.”	„erre minden nő képes”
<b>fejlődés</b>	„kegyetlen tanulmányút”	„a tipródásomat értelmesbe fordítom”
<b>felelősség vállalása</b>	„felelősséget vállalni a folyamatért”	„sosem lesz ez automatikus”
<b>hierarchikus viszonyok:</b>	„borzasztóan megviselt a kórházi gyakorlatom”	„a kórházban sokkal nagyobb szükség lenne ránk, csak oda meg nem engednek be”
<b>szerepek elkülönítése</b>	„nem lesz belőlünk bába automatikusan attól, hogy valakinek van szülésznői végzettsége”	„mellesleg látom, hogy mi történik, de nem az én feladatom, hogy ebben döntést hozzak”

### 5.5.3.3. A segítség transzperszonális aspektusai

A kutatás során készített összes interjú közül a bábák és az intézményen kívül dolgozó dúlák történeteire jellemző elsősorban, hogy különös jelentőséget tulajdonítanak a szülés transzperszonális aspektusainak. Interjúalanyaink időn és téren kívüli különleges élményekről számolnak be:

„Mindig egy csoda, nem lehet ilyen értelemben megszokni. Én nem vagyok annyit szülések mellett, mint egy szülésznő, nyilván ez is számít, hogy sosem lesz ez ilyen munka jellegű dolog, hanem mindig egy ünnep.” (Klára, dúla)

„Megállt a szülés. És akkor egyszer csak befeküdt az ágyába, a nő, és teljesen úgy nézett ki, mint az anyukája. ... Teljesen úgy nézett ki. Tudnak úgy kinézni, mint a nagyanyjuk, anyjuk, gyerekük – teljesen tudnak. És teljesen úgy nézett ki, mint az anyukája, de halálra...

*egyszerűen annyira úgy nézett ki, hogy az elképesztő. Ijesztően úgy nézett ki. És ő nagyon sokat szokott vérezni szülés után, és persze a fejemben az volt, hogy na, ez most itt meg fog halni nekem. ... akkor jött ez, hogy hát most akkor nyilván meg fog halni, és ezt most nekem így jelzi, hogy pont úgy néz ki, mint a halott anyukája” (Vera, bába)*

*„És amikor kilépek a fertilis korból, akkor nekem már nem marad más, ilyen halálközeli élményből.” (Vera, bába)*

*„Olyan volt az odaérkezés, mintha visszamennénk az időben.” (Emese, bába)*

*„És úgy voltunk ott, mint egy család. Vagy talán úgy, mint ahogy száz évvel ezelőtt járt a bábaasszony a tanyavilágba.” „Nagyon sokára, nagyon nehezen, de nagyon erővel telten született meg a kisbaba. És miközben kellett őt, kellett bátorítani folyamatosan, aközben azért nagyon lehetett részesülni abból, hogy ő milyen erős. Mármint ez a nő. És amikor meglett a kisfiú, akkor pedig valami határtalan öröm uralkodott el rajtuk. Nagyon szép volt az is, hogy amikor megérkeztünk, akkor volt ez a végtelen csillagos ég... amilyet mi soha nem látunk, ez a számtalan gyönyörűséges csillag, és mire megszületett a baba, addigra feljött a nap, ki is sütött egy kicsit... és, hogy olyan végtelen békeességben, és tökéletes jólétben hagytuk ott őket.” (Emese, bába)*

A kapcsolat intenzitása és személyessége nem feltétlenül van összefüggésben az együtt töltött idő mennyiségével, vagy az előzetes felkészüléssel. Interjúalanyaink az objektív tényezőkkel nem magyarázható egymásra hangolódást is megtapasztalják.

*„...ez a nő ott volt egyedül, tök egyedül, és ő erre is készült, és hogy ő bennem valami olyasmit látott meg, amire akkor éppen ott a legnagyobb szüksége volt. És ez valami fantasztikus érzés, hogy bennem, tehát nem akárki másban, aki ott jött-ment a folyosón, és előttem öten, nem tudom, hogy kik, akik bent voltak... Hát ez egyszerűen... Ez egy óriási megtiszteltetés, azt érezni, hogy jó, hogy kell az, amit adok. Hogy valakinek az a hasznára van.” (Enikő, bába)*

*„Szóval egy ilyen végtelen összjáték lett ott közöttünk, egy pillanat alatt arra az egy órára, amíg ismertük egymást. Ezek ilyen kivételes helyzetek. Kivételesen egyedülálló egy segítő életében, hogy egyszer csak becsöppenek valakinek a legintimebb eseményének a kellős közepébe, és egy órát vele vagyok az egész életünkből, egy óra hosszat, és hogy ez ennyire sokat tud adni, és hogy én rengeteget kaptam ettől a történettől, ettől az asszonytól. Az biztos, hogy nagy megerősítés... nagy – nagy megerősítés, igen, ebben a hivatásban.”*

*„És, hogy nem érzem azt, hogy ez egy egyoldalú dolog lett volna, én nagyon sokat kaptam tőle, tehát ennek a történetnek már tíz éve, de hogy azért még mindig elevenen él bennem.”*

(Enikő, bába)

Vera (bába) arról a tapasztalatáról beszél, hogy a nők azért hálásak a háborítatlan szülésért, mert az étellel magával találkoznak, valamilyen végső kérdésre kapnak választ, és találkozhatnak önmagukkal. A segítő kapcsolat személyes és a személytelen jellegének jelentősége a szüléskísérés során tapasztalható anyai gondoskodás természetéből adódik. A közös élménynek pedig szakmai identitás-formáló hatása van.

*„Egyszer egy /munkatárs/ dúla szülésénél voltunk, és megszületett a gyerek, és hívtak másik szüléshez. És akkor ő, ilyen teljesen féltékeny hangon azt kérdezte, hogy 'most elmész máshoz?' És akkor erre így: el, persze. El, és akkor ezen kezdtem el gondolkozni, hogy mit is jelentett ez. Ez azt jelentette, hogy megcsalom őt? Hogy eddig őt vettem körül teljes mértékben, és most elmegyek egy másikat körülvenni? És igen. És hogy ez azért tud lenni, mert bármennyire személyes egy ilyen kiszolgálás, vagy hogy mondjam, jó értelemben, ez kiszolgálás. Azért az mégiscsak a körforgásnak szól, a szülésnek, a nőnek a gyerekeknek, az életnek, a halálnak, a nagy egésznek szól. Nem neki, hiába. Hiába nagyon személyes, nem neki szól. És ezért nem hamis. Ezért tudok egy vadidegen szülésénél ugyanolyan lenni. Akárki, soha nem láttam, más gondozta, és oda kerülök, mert elutazott, vagy akármi. Ezért működik a helyettesítés, ezért tökmindegy a jó bábák közül, hogy ki megy oda. Pont ezért. ... Rá kell jönni, és úgy, tényleg gyökeresen rá kell jönni arra, hogy nincs egymásnak mit köszönjünk. Tehát, ha ő azt mondja nekem, hogy köszönöm, akkor én legalább ugyanannyira köszönöm. Mert ketten közösen, vagyis hát, ahányan közösen, vagyunk benne egy olyan merítési lehetőségben, ami máshol nekem például nincs. És hogy nincs mit köszönni egymásnak. Mert egymás nélkül ez nem... nem olyan. Ő tud egyedül szülni, én nem tudok egyedül kísérni.”*





*ha az otthoni szülés véget ér, akkor ott elkezdődik a kórházi szülés, de az nem azt jelenti, hogy az otthoni szülés folytatódik a kórházban. Hanem valami egész más. Úgyhogy még mindig ez az egyik leg-sarkalatosabb pontja szerintem a kórházba történő beszállításnak. Azt azért ritkán lehet megúszni jól, akár a vajúdónak, akár a személyzetnek. Ez egy katasztrófa, úgy ahogy van. Úgyhogy semmiféle partneri viszonyról nem tudok beszámolni.”*

*„Az mikor lesz, amikor majd mi úgy kísérhetünk be valakit, hogy akkor ugyanúgy mi leszünk mellette szakmai segítségként. Mert így, ha be is engednek, akkor úgy lehetek ott, mint egy családtag, vagy szóval... mint egy dúla. Ha valamit szólnék, akkor biztos, hogy ott penderitenének ki rögtön.” (Enikő, bába)*

A vajúdővel való kapcsolat megkérdezettjeink között minden segítő számára kulcsfontosságú, ezekben az interjúkban azonban ez a téma is némiképp más szemszögből jelenik meg. A szövegekben kevésbé kerül előtérbe a kapcsolat megélése, inkább a kapcsolati jelenségek interpretációja dominál. A segítség során normaként értelmeződik a vajúdő személyre szabott, érzelmi támaszt is magában foglaló támogatása, ugyanakkor sokszor a nehezen megragadható, ideális segítői helyzetűtől nagyon távol álló körülmények mentén létrejövő kötődést mesélik el az interjúk során. A „puszta jelenlét”, mint segítő aktus, ambivalens értékű: interjúalanyaink egyrészt nagyon nagyra becsülik, akár a segítő szakma végső értelmének is tekintik; ugyanakkor sokszor a tehetetlenséget, a valódi segítség kibontakoztatásának lehetetlenségét jelképezi.

Interjúalanyaink szakmájukat, a munkájukat magas szinten összegzik, a segítő kapcsolat jellemzőit általában az emberi kapcsolatokra vonatkoztatják, mintegy absztrakt vagy metaforikus szintre emelve a történések értelmezését. Vera (bába) anya és újszülött kapcsolatáról, felnőtt kapcsolatokról, a feltétlen szeretet természetéről beszél, a vajúadás/szülés folyamatát megismerési, tapasztalási lehetőségnek tekintve.

*„Ha szülésről beszélünk, akkor /a feltétlen szeretet/ abszolút megvan a konzultációkon, a szüléskor, szóval bizonyos helyzetekben, tól-ig. És nagyon sokszor vettem magamon észre, hogy ha olyan valaki szülését kísérem, akit egyébként nem választanék emberbarátomnak nap, mint nap, hanem inkább átmennék a másik oldalra, mert nem szeretnék vele időt tölteni... Vagy akár afférünk is volt az életünk során egymással, akkor is tudok a szülésnél úgy ott lenni, ahogy kell. És úgy is érzem magam, tehát abszolút nincs benne hamisság. De ahogy megszületett a gyerek, nekem mennem kell. Az elfogadás időszakos.”*

*„A jó segítő az az édesanya, aki azokat mind nyújtani tudja, mint újszülöttkorban, és félre tudja tenni a saját... tehát tiszta lappal tud arra az időre ott lenni.”*

Bábák és dülák szakmai identitásukból és helyzetükből adódóan rákényszerülnek, hogy a különböző szakmák különböző minőségű segítségeit elméleti és gyakorlati szempontok mentén saját munkájuk során is szétválogassák. Az intézményes keretek között zajló vajúdás/szülés esetében a segítő szerepek többnyire rögzítettek, a különböző szemléleteket képviselő szakemberek között gyakran konfliktus alakul ki. A medikális szemlélet és protokolláris ellátás a legtöbb esetben nem összeegyeztethető a holisztikus szemléletű, személyre szabott ellátással. Interjúalanyaink meglátása szerint a vajúdás/szülés kísérése során különböző női segítői szerepek jönnek létre, melyeket akár egyazon segítő is képviselhet, igazodva a folyamathoz. A szakképzett segítő jelen lehet asszonytársi segítőként és szakemberként is, attól függően, mire van éppen szükség.

*„A bába az akkor jó, hogyha képes a bábai teendők aktualizálódásáig olyan dűla lenni, akiben még a bába sem jön elő. Viszont a bába és a dűla között éles különbség van. A dűla minden körülmények között támogatja az anyát, akkor is, ha a véleménye ellentétes azzal, ami történik. És a bába, annak meg helyt kell állnia szakmai téren, és amikor ő valamit muszáj, hogy eldöntsön, akkor az anya és a dűla ellene szegülhet, még akkor is, ha a bába és a dűla együtt érkeztek. És erről az anyának tudni kell, hogy a dűla mindig vele lesz. És a bába meg nem.”*

Interjúalanyaink számára az intimitás, meztelenség, különböző testnedvek jelenléte a szülésnél természetes és elfogadható, ugyanakkor rálátnak arra a problémára is, hogy ez a „feltétlen anyai elfogadás” nem általános a szülés körüli segítőik körében. A kiszolgáltatott helyzetben levő vajúdo számára komoly traumát jelenthet, ha megszégyenítik testi működéseivel kapcsolatban. Ebből következően interjúalanyaink számára a szakmai segítő alkalmasságának alappillére a teljes elfogadás.

*„Maga a meztelenség egy nagyon nagyfokú nyitottság. Erről az jutott eszembe, hogy a gyerekek is még azért vetkőznek le, mert őszinték és nyitottak. Nagy bizalommal van a körülötte levők irányába. Ezt a segítőik is teljesen természetesen kezelik. Magát a meztelenséget is, meg hogy ez együtt jár a szüléssel.” (Klára, dűla)*

*„Ekkora elfogadásban még életében nem részesült. Hát, mondom, figyelj, azért vagyok. Hát tudom, hogy ez velejárója a szülésnek, de azt is tudom, rengeteg szülésélmény elmesélésekből, hogy megszégyenítették szülésznők, orvosok a mamákat ezért. Miközben, hát honnan... hát ezt*

*nem tudják kontrollálni. És ez beleég ám. És aki ezt nem képes, vagy nem tudja ezt elfogadni... az ne menjen szülésznőnek.” (Teri, dúla)*

### **5.5.5.Megvitatás**

Kutatásunk ezen szakaszára különösen jellemző volt, hogy a történetek nagyon egyediek, személyesek, az eddigiekhez képest még erőteljesebben jelen vannak az értekezés szövegében. Vera története akár népmesei fordulatokkal is leírható, ahogyan a kritikus állapotból, a majdnem meghalásból erő és élet születik. Interjúalanyaink szövegei ’önmagukat magyarázzák’, a történetekhez és tapasztalatokhoz a legtöbb esetben értelmezés és reflexió is tartozott, saját élményeiket pedig tágabb kontextusokban is prezentálták. Az elemzés hermeneutikai szintjén ez a szövegek nagyobb egységekben való közlésében mutatkozott meg leginkább. A mind szerkezetileg, mind tartalmilag szétbonthatatlan szövegek a kutatót figyelmes hallgatásra és az interpretációt háttérbe szorító közlésre készítették.

A vajúdas/szülés során a vajúdo nő számára biztonságos kapcsolati teret szükséges létrehozni (Kitzinger 2008; Gaskin 2008; Geréb 2010; Molnár-Frigyes 2012). Ha a szülés körüli segítők meg tudják alkotni ezt a biztonságos teret, amelyben a vajúdo elengedheti magát, önmaga lehet, akkor önmaga megtapasztalásának új útjai nyílhatnak meg. Ezzel az állítással egybecsengenek interjúalanyaink tapasztalatai és következtetései is. A segítő kapcsolat dinamikája szervesen kapcsolódik minden résztvevő élményéhez, így a vajúdas/szülés folyamatát tekinthetjük bizonyos ’átmeneti jelenségnek’ (Winnicott 1958/2004; Ogden 2004), melyben a pszichés történések interszubjektív térben zajlanak, „végtelen összjáték” alakul ki a szereplők között. Korábban már tárgyaltam, hogy a szakmai identitás fejlődését gyakran az ’út’ metaforával írják le, a ’közös út’ metaforát a szülés körüli segítők is használják a vajúdas és a szüléskísérés metaforájaként (Dima és Bucuta 2010; Dixon és mtsai 2013). Ugyanakkor interjúalanyaink szerint ez a vajúdo szempontjából értelmezhető elsősorban, ő az aki „tud egyedül szülni” az úton való elindulás az ő lehetősége, a segítő csak a vajúdo/szülő nő által kijelölt úton indulhat el.

A megélt együttes élmény hatását tovább fokozza a vajúdas során természetes módon létrejövő módosult tudatállapot, melynek következtében a testérzékelés és az érzelmek felerősödnek. Ezt a jelenséget interjúalanyaink tapasztalatai is alátámasztják, szerintük ezek a tapasztalatok „beégnek” a nőkbe. A vajúdo szuggesztibilisebbé és kiszolgáltatottabbá válik, a máskor jól működő énvédelem vajúdas közben gyakorlatilag megszűnik (Varga és Suhai 2010; Kitzinger 2008; Héjja-Nagy 2014).

A „feltétlen anyai elfogadás” kifejezés használata interjúinkban egybeesik Welles-Wrye (1996) „anyai hajlandóság” fogalmával. A pszichoanalitikus terápiában a kapcsolat közvetítő közege megfeleltethető a korai anya-gyerek kötődés jellemzőinek: az anya saját testi folyamatainak és testnedveinek elfogadása, illetve a kisbaba testi folyamatainak és testnedveinek elfogadása határozza meg a kötődés létrejöttét, mely a későbbiek során alakulhat sikeresen vagy rombolóan. Interjúalanyaink a vajúdo igényeit az újszülött igényeivel állítják párhuzamba, és ez a metafora nem csak az érzelmi, kapcsolati szinteken érvényes, hanem testi kapcsolat és testi folyamatok szintjén is. Ahogyan az anya természetesnek veszi saját és újszülöttje testi folyamatait, és ahogyan részt vesz benne, ugyanígy a vajúdot/szülést kísérő személy is teljes elfogadással vesz részt a vajúdo folyamataiban. A segítő kapcsolat testi folyamatokkal és testnedvekkel kapcsolatos aspektusai minden tekintetben tabunak számítanak (Kisdi 2012; Kitzinger 2008). A medikalizált szülés számos rutinszerű beavatkozása éppen azt a célt szolgálja, hogy elfedje az intim, erotikus vagy szexuális jellegű folyamatokat. Interjúalanyaink tapasztalatai szerint egyáltalán nem általános a szülés körüli segítők körében, hogy a vajúdot/szülés folyamatát a maga természetességében elfogadják, ugyanakkor Bori (bába) rávilágít arra a rendszerszintű problémára is, hogy a két szemlélet (ti. medikális és holisztikus) képviselői között gyakorlatilag megszűnik a kommunikáció.

*„Ez borzasztó. Az egyik fővárosi kórházban természetes szülésről tartottak meghívott előadók előadást szülésznőknek. Az előadás rohadt jó volt egyébként, beültem én is, ismertem az ottani társaságot. Az előadó ehhez /vizsgálati anyag/ hasonló képeket vetített a projektoron, pl. négykézlábas, és tök jól beszélt, és még csak nem is egy otthonszüléssel, amire rá lehet fogni, hogy szélsőséges hippis, nem tudom én micsoda. És valami elképesztő, hogy ezek a szülésznők a hátsó sorban: fölállt, kiment, közölte, hogy hánynia kell. Borzalmas. 'Mint az állat, úgy szül'. Ez akár pozitívnak is elmehetett volna, de nem az volt. Ez döbbenetes, hogy milyen visszhangja volt hátsó sorban, ami egyébként aztán nem derül ki. Borzasztó. És az előadónak csak kórházi története volt, amiről még azt gondolhatnánk, hogy befogadható, mert még az a rendszer része. Hát ne várjuk, hogy az otthonszülést fogja befogadni.”*

Úgy tűnik, az archaikus anya (Müller 2010; Pinkola-Estés 2006; Neumann 2005) mellett más archaikus folyamatok és szimbólumok is teret kapnak a vajúdot/szülés tematikájában. A halálfélelem (Molnár és Frigyes 2012) mellett a férfi tekintet archaikus félelme a nő testi folyamataitól tükröződik a szülésznők undor-reakcióban, akik a patriarchális rendszerrel azonosulva ezt az értékrendet képviselik (Bánfalvi 2003; Sutcliffe 2016; Davis 2007).

A kommunikációs szakadékokat minden interjúalanyunk megtapasztalja, ezért legtöbbször nem csak saját ügyeiket képviselik, hanem valamiféle közvetítő, edukációs, felvilágosító szerepet is vállalnak. A dülák és az erre nyitott szülésznők sokszor azon is dolgoznak, hogy a többi szülésznőnek, a szülészorvosoknak is megmutassák, milyen sokféleképpen lehet egészségesen szülni – rámutatva ezzel arra a jelenségre, hogy a medikális és a holisztikus szemléletű segítői attitűd lényegileg változtatja meg a vajúadás/szülés folyamatát is, és a résztvevők élményét is.

*„A szülésznő megsúgta nekem, hogy mondta az orvosnak, hogy majd jöjjön be, ha szól, és egy nagyon szép vízben szülést fog látni. Erre az orvos: 'Vízben? Úristen! Hát ő még olyat nem látott!' Hát, jaj mi lesz, és akkor ott megfullad, meg nem tudom... És mondta /a szülésznő/, hogy nyugi. Úgyhogy, annyi haszna lett a dolognak, hogy ez a doki látott vízben szülést.”*  
(Teri, dúla)

*„És olyan is volt, akinek még nem volt tapasztalata, és aztán utána odajött és mondta, hogy örül, hogy látott egy élő dülát, és egy olyan szülést, ahol dúla is volt, és neki például ez jó élmény volt, és köszönte, hogy bepillanthatott ebbe.”* (Klára, dúla)

Kritikai értelmezések szerint a női testi folyamatokkal szemben ellenérzéseket táplálunk, azonosulva a patriarchális értékrend félelmével, így ebből a szemszögből a női segítségnyújtást is furcsának, különcnek, lebecsülendőnek találjuk (Csabai és Erős 2000; Keating és Fleming 2014; Kiski 2012; Davis-Floyd 1992). A probléma gyökere patriarchális gondolkodásunkban rejlik. Ez a konstrukció mind tudományos, mind köznap diskurzusokban többnyire figyelmen kívül hagyja, hogy a vajúadás/szülés körüli segítség nem-specifikus (gendered) jellegű, a kapcsolat minőségét pedig éppen ez női minőség adja. A nemek közötti egyenlőtlenség a szülészetben nem metaforikus szintje a megélésnek, vagy lehetséges narratívája a történéseknek, hanem nyílt és egyértelmű alapértelmezett üzemmód.

Metaforikus formában jelen van itt a női önazonosság, a női közösség, „törékeny burok”, amiben nagy az érzékenyítettség, nyitottság, és a lehetőség a női erő megtalálására, amit a patriarchális értékrend igyekszik csírájában elfojtani.

## 5.6.A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A vajúadás/szülést vizsgáló tudományos kutatások többsége biomedikális szemléletben fog, eredményeik ezt a paradigmát tükrözik vissza. Az utóbbi időben nyernek teret holisztikus kérdésfeltevéssel és módszerekkel dolgozó kutatások, melyekhez kvalitatív vizsgálatunkkal

csatlakozunk. A kórházban történő vajúadás/szülés többnyire medikalizált, elgépiesedett környezetben, elszemélytelenedett ellátás keretein belül zajlik. Ez a folyamat az orvosi technológia fejlődésének mellékterméke, mely egyaránt negatívan érinti a szülő nőt és terheket ró a szakemberekre is. A szülés körüli segítők számára jelentős kihívásokat jelenthet a humanizált, személyre szabott ellátás megvalósítása, melyet gyakran tovább súlyosbít a női szakemberek nehezített hatalmi-függőségi pozíciója.

A kutatás célja a szülés körül segítő női szakemberek kapcsolati élményeinek idiografikus feltárása volt. Főbb kérdéseink: Hogyan használhatóak magyarázó elvként a gyógyító kapcsolatról alkotott pszichodinamikus elméletek a szülés körüli segítséssel kapcsolatban? Hogyan jelennek meg nem-specifikus szempontok a vajúadás-szülés körüli segítség tematikájában?

A kutatás kvalitatív módszere az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA). A vizsgálati helyzet felépítését előkutatások folyamán határoztuk meg. A vizsgálati helyzet félig strukturált mélyinterjúból áll, tematikus képekkel kiegészítve. Az interjúalanyoktól egy szabadon választott szülestörténetet kértünk, és további kérdéseket is feltettünk a munkájukkal kapcsolatban. Vizsgálatban résztvevők: 5 kórházi szülésznő, 5 bába, 4 dúla (14 fő). A válaszokat IPA módszerrel elemeztük, négy szakaszra bontva a teljes anyagot. Az első szakaszban esettanulmányként értelmezve elemeztünk egy bábával készült interjút. A második szakaszban két, kezdő kórházban dolgozó szülésznővel készült interjút elemeztünk.

A harmadik szakaszban négy tapasztalt, vezető szülésznő anyagát dolgoztuk fel. A negyedik szakaszban hét intézményen kívül praktizáló bába (3 fő) és mindkét rendszerben dolgozó dúla (4 fő) interjút elemeztük.

A szövegek elemzése során meghatároztuk a *témákat*: interjúalanyaink megfogalmazták, hogy a vajúadás/szülés melletti segítő munkában elengedhetetlen a személyes és szakmai önismeret; gyakran tanulnak a vajúadó nőktől; munkájuk anyai gondoskodással, érzelmi és fizikai támasz nyújtásával jár együtt; gyakoriak a konfliktusok más szemléletű kollégákkal. Rendszerszintű problémákra, és a hatalmi egyenlőtlenségekre is reflektálnak interjúalanyaink, és különböző aspektusokból mutatkozik meg a segítő kapcsolat jelentősége. A témákat *főtémák* szerint csoportosítottuk: a szakmai identitás fejlődése és a vajúadóval való kapcsolat megélése az élmények lényegi meghatározója. A szülés körüli traumák, és a segítők másodlagos traumái jellegzetes módon jelennek meg az interjúhelyzetekben.

### 5.6.1. A kibontakozó témák összegzése a teljes kutatási elrendezésre vonatkozóan

Kutatásunk során számos aspektusból elemeztük az interjúk szövegeit, az elemzés négy szakaszában az interjúszövegek csoportosításának megfelelően, egymáshoz hasonló és egymástól különböző elemzési szempontok is felmerültek. A kibontakozó témákat fő témákba csoportosítottuk, továbbá megvizsgáltuk ezen fő témák egymáshoz való viszonyát is. A komplex értelmezés során újabb pszichodinamikus értelmezések is beemelhetők, ugyanakkor más szempontok szerint is meghatározhatók a fő témák. Mindemellett az egyes szakaszok fő témáinak viszonyrendszere is értelmezhetővé válik.

Következtetések: A szakmai identitás és a vajúddal való kapcsolat kölcsönösen determinált, egyfajta 'közös út', melyen a segítő kapcsolatban résztvevők együtt haladnak. Eredményeink alapján feltételezhető, hogy a medikalizált, intézményesített körülmények megnehezítik a személyre szabott, érzelmi támogatást tartalmazó, magas szakmai színvonalú segítségnyújtást. Interjúalanyaink egyéni megoldásokat keresnek a polarizált helyzetből adódó konfliktusaikra. Ezek helyett szakmailag megalapozott iránymutatásra és támogatásra lenne szükség.

Bori (bába) történetét esettanulmányként elemeztük az első szakaszban. Interjúalanyunk független, intézményen kívül praktizáló bába, arról a speciális helyzetről számol be, amikor hiába van segítőkészség és jóindulat a kórházi személyzet részéről, a vajúdo traumatikus története lehetetlenné teszi, hogy a jó minőségű ellátás célba érjen. Az elemzés fókusza a trauma felbukkanása, felidézése és narratív reprodukciója volt. A későbbi elemzések során a vajúdo nő korábbi vagy a szülési folyamatban létrejövő traumájához való viszonyulás több interjúalanyunk történetében is felbukkan: Szilvia a „hisztéria” kezelhető félelemmé szelídítéséről; Rozi a kapcsolatfelvétel lehetetlenségéről; Katalin pedig a vajúdási folyamat „rosszabbik irányba billenéséről” mesél (3. lépcső). Mindhármuk esetében a vajúdo valamilyen traumával kapcsolatos története húzódik meg a háttérben, és a szülésznők igen tanulságosnak élik meg a közös munkát, még abban az esetben is, ha nem „sikeres” a szülés története. A vajúdo traumájának általában ki van téve a segítő is (másodlagos traumatizáció), és míg Anna és Mária valóban beszámolnak erre utaló tünetekről (2. lépcső), Szilvia, Katalin és Rozi esetében a megküzdési képességeik, és munkakörülményeik lehetővé teszik, hogy „fáradtan, de boldogan” jöjjenek ki a történetből.

A korábban elemzett, igen konfliktusos és szélsőséges élethelyzetekkel terhelt interjúkhoz képest az itt bemutatott négy interjú kiegyensúlyozottabb, kevésbé polarizált történeteket mutat be. Az értelmezés hermeneutikai szintjén a szüléstörténetek kiválasztásában is megmutatkozik ez a különbség: Anna és Mária nem tudtak kiválasztani kizárólag egy szüléstörténetet, hanem kénytelenek voltak elmondani egy napjukat (egy műszakot) a

szülészetben (Székely és Csabai 2017). Az interjúk több, párhuzamosan zajló szülésről, és a segítőként való megfelelni vágyás feszültségéről szóltak. Kezdő szülésznőként éles szembesülések, és konfliktusok jellemezték mindennapjaikat, míg a jelen tanulmányban szereplő szülésznők, pályájuk csúcán, magabiztos szakmai identitásukról, kompetenciájukról, ugyanakkor folyamatos fejlődésről számoltak be.

A 4. lépcsőben elemzett szövegekben számos formában felmerül a trauma tematikája. Interjúalanyaink közül Dóra (dúla) gyakorlatában rendszeresen találkozik traumatizált várandósokkal: *„küld hozzáam valakit, akinek én kellek. Ez általában traumatizáltat jelent”*. Bár a korábbi szakaszokban elemzett interjúinkban is van rálátásuk a segítőknek a trauma hatásaira, szemléleti keretként inkább a dúlák és a bábák használják a 'trauma-fókuszú megközelítést' (trauma-informed practice). Saját érintettségüket is traumaként definiálják, és ezáltal értelmezési és megoldási lehetőséget is létrehozhatnak. *„hirtelen elém úszott egy ilyen nagyon traumatikus, amiben én is traumatizálódtam.”* (Teri) Tisztában vannak azzal, hogy korábbi traumák is megnehezíthetik a vajúdás/szülés folyamatát, de az egészségügyi rendszer káros működéseiből adódó, tárgyiasítással, elidegenítéssel, elszemélytelenítéssel járó protokolláris működésének traumatikus következményeivel is találkoztak már.

A hatalmi egyenlőtlenségek témája szintén a teljes kutatási anyag tematikájában előfordul.

Az eredmények összefoglalását a teljes kutatási anyagra vonatkozóan a következő táblázat tartalmazza.



18. táblázat. Az IPA kutatási eredmények összefoglalása

szakasz	személyek	legjellemzőbb főtémák <sup>21</sup>	kutatói értelmezések kivonata
<b>1.lépcső rendhagyó vizsgálati helyzet</b>	Bori (bába)	trauma reprezentációk	
<b>2.lépcső kezdő szülésznők</b>	Anna (szülésznő) Mária (dúla – szülésznő gyakornok)	polarizált segítő kapcsolatok konfliktusok	<i>szakmai identitás fejlődése: önismeret kapcsolat a vajúddóval: közös út</i>
<b>3.lépcső tapasztalt, vezető szülésznők</b>	Szilvia (szülésznő) Katalin (szülésznő) Éva (szülésznő) Rozi (szülésznő)	tanulás a vajúddótól intenzív személyes kapcsolat a vajúddóval	<i>trauma-narratívák hatalmi egyenlőtlenségek</i>
<b>4.lépcső intézményen kívül</b>	Vera (bába) Ildikó (dúla – bábatanonc) Enikő (bába) Emese (bába) Klára (dúla) Dóra (dúla) Teri (dúla)	szakmai szemléletek összeegyeztethetlensége transzperszonális aspektusok	

### 5.6.2. Az interjúelemzők komplex értelmezései a teljes kutatási elrendezésre vonatkozóan

A kutatási anyag komplex értelmezése során megállapítottuk, hogy a vajúddás/szülés körüli segítő kapcsolatot minden interjúalanyunk szakmai identitása alappilléreinek, és munkája sarkalatos pontjának tartja. A minőségi kapcsolat kialakításának egyik legfontosabb alapfeltételének másik személyre való ráhangolódást és az önismeretet tartják. Ez megerősíti azt a feltevésünket, hogy a vajúddás/szülés segítése nem azonosítható pusztán az egészségügyi ellátás nővéri munkájával, és a szülész-nőgyógyász orvos segítő, gyógyító szerepétől is

<sup>21</sup> Ebben a táblázatban nem sorolom fel az összes felmerülő témát, melyek gyakran ismétlődtek is az elemzés lépcsőfokain, csak az adott szakasz legjellemzőbb témáit jelenítem meg.

megkülönböztethető. Leginkább a gyógyító kapcsolathoz hasonlítható, számos jellegzetessége pszichoterápiás jelleget kölcsönöz neki (Buda 2004a; Molnár és Frigyes 2012). A vajúdo/szülő nő számára biztonságos kapcsolati teret hoz létre a segítője (segítői), ahol a vajúdo/szülés folyamata egyben személyiségfejlődési, beavatási, szembenézési, gyógyulási lehetőség is (Müller 2010; Gaskin 2009). Mindemellet előfordul, hogy szakmai beavatkozásokra is szükség van, a szakmai segítség mintegy ráépül, kiegészíti a nő inherens szülőkéességét. Ez a holisztikus szemlélet (Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992) legfontosabb alaptétele is egyben, ugyanakkor interjúalanyaink közül többen is megfogalmazták ezt a tapasztalatukat és interpretációjukat. A különböző segítők különböző szerepei a jelenlegi egészségügyi gyakorlatban személyhez kötöttek, a szülés sikerét a segítség minőségéhez kapcsolják (Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992). Ez lényegében a medikális és a humanizált szemlélet szempontja is. A segítő kapcsolat ugyanakkor valami „mélyen személyes jelenlét” is egyben, mely nem a vajúdo/szülés szakszerű kíséréséről szól, hanem a társas támogatásról, amire „bárki képes”, aki hajlandó valamilyen „anyai minőséget” képviselni a vajúdo számára. A vajúdo/szülés helyszíne nem csak a vajúdo szempontjából lényeges, hanem a segítő szempontjából is: a gyakorlati jelentőségén túl a segítő szakmai identitását is jelentős mértékben formálja. Minden egyes interjú szövegében megjelent bizonyos kontextusban segítők intézményes hierarchiához fűződő viszonya, melyben saját helyzetüket határozták meg a különböző segítők, az intézményrendszer különböző szintjeinek tekintetében. Interjúalanyaink tapasztalata a kórházi hierarchikus rendszerrel aszerint változik, hogy mennyire vannak kiszolgáltatva, hol helyezkednek el a hierarchiában. Az intézményen kívül praktizáló dülák és bábák tapasztalatai szerint, minden kompetenciájukat és ágenciájukat elveszítik, amint egy esetleges kórházi beszállítás során intézménybe kerülnek a segítő folyamat során.

A vajúdo/szülés folyamatának lehetőségei közé tartozik a transzperszonális aspektus megélése is, mellyel a kutatás negyedik szakaszában elemzett interjúk során találkoztunk elsősorban. A személyiségfejlődésben jelentős szerepet tölt, vagy tölthet be a szülés (Gaskin 2010; Müller 2010; Varga 2015). A termékenységgel kapcsolatos fejlődési krízis egyben lehetőség a női önazonosság megtalálására is, az önmegismerés alapvető forrása (Pinkola Estés 2006; Müller 2010). Interjúalanyaink tapasztalatai szerint ez az ’út’ a segítő számára is „merítési lehetőség”, abban a folyamatban és állapotban, amiben a vajúdo/szülő nő van, osztozik a segítője is.

Kutatói értelmezés szempontjából ezt a jelenséget támasztja alá a metaforák használata is. A vajúdo/szülés folyamata nem írható le pusztán adatokkal, orvosi vagy pszichológiai

fogalmakkal, bármelyik szemléleti keretet is választjuk interpretációnkhoz. A vajúdas/szülés hermeneutikájához és narratívájához hozzátartozik a metaforák használata is, ahogyan ezt interjúalanyainknál is tapasztaltuk. A metaforák használata biztosít kapcsolatot a tapasztalat és a narratíva között, amikor interjúalanyaink a történeteiket mesélik, és akkor is, amikor segítő munkájukat végzik. A metaforák használata jelentős szerepet tölt be az IPA kutatásokban: a nehezen megosztható élmények kommunikációját, és a beszélgető partnerek kapcsolatteremtését szolgálja, továbbá 'a metaforák részt vesznek a tapasztalattá válás folyamatában' (Lakoff és Johnson, 1980; Rácz és mtsai, 2016: 65; 100; Varga 2011c). Így lesz az „elbeszélhetetlen történet” valamilyen re-interpretáció útján elbeszélhető (Csabai 2005). A szülés élményének narratív reprezentációi nehezen megközelíthetőek, ezért a metaforák használatának kutatásunk szempontjából is kiemelt jelentősége van. A vajúdas-szülés mélyen a természetbe ágyazott folyamat, ebből adódóan alapvetően preverbális, ösztönös esemény, így az én-érzetek, én-állapotok, belső történések nehezen verbalizálhatóak (Molnár és Frigyes 2012). Továbbá a vajúdas folyamata egyre fokozódó módosult tudatállapottal jár együtt, mely a kitolásban: a 'testi-lelki megnyílás maximumában' csúcsosodik ki; ez a tudatállapot-változás pedig mind a tapasztalatokra, mind azok értelmezéseire és narratíváira is hatással van (Molnár és Frigyes 2012; Varga 2015). A vizsgálati helyzetben a tematikus képek a vajúdas/szülés során létrejövő segítő kapcsolat metaforáiként is értelmezhetők; továbbá a feladatok, és kérdések lehetőséget biztosítottak a metaforák alkalmazására („jó segítő” definiálása, címet adni a képeknek - melléklet). A képeken látható jelenetek a segítő kapcsolat számos olyan asszociációját hívták elő a vizsgálati személyekben, melyeket metaforák segítségével fogalmaztak meg, sőt magát a kapcsolatot is a gyógyító kapcsolat metaforáival írják le (vö. Tóth 2008 és Hunter 2008 példája). Testi élmények vagy érzetek (pl. „hidegség” „melegség”), fizikai tulajdonságok („törékeny”) a kapcsolat minőségét jelezték. A hétköznapi – vagy akár tudományos – kifejezésekkel nem megfogalmazható üzeneteket elvont fogalmakkal, vagy akár szójátékokkal jelenítették meg interjúalanyaink („idegenség” „utaznak” „bekebelezve-bekábelezve”).

### **5.6.3. Megvitatás a teljes kutatási elrendezésre vonatkozóan**

Az IPA elemzés során számos szempontból elemeztük vizsgálatunk képanyagából és az interjúkból származó szövegeket. Eredményeink a több lépcsős eljárás során ismétlődő mintázatokat mutatnak, a felmerülő témák interjúalanyaink különböző szempontjai és interpretációi szerint újra és újra előkerültek. Vizsgálatunkban a *segítői identitást*, ennek számos aspektusát emelhetjük ki, mint főtémát. Interjúalanyaink segítő identitásának alapvető

meghatározója a vajúddal kialakított kapcsolat, mely egyrészt maga az identitás megvalósulása a gyakorlatban, másrészt formálja, fejleszti a segítő szakmai identitását. A segítő, gyógyító identitás kialakulásával kapcsolatos szakirodalom magába foglalja az egészségügyi dolgozók, orvosok, nővérek, mentősök, és egyéb szakdolgozók vizsgálatait; a pszichoterapeuta – ezen belül is kiemelten a sebzett gyógyító – szakmai identitásának kutatásait, de viszonylag kevés tanulmányt találhatunk kifejezetten a bába (midwife) – szülés körüli segítő – identitásának alakulására (Fülöp 2016; Molnár R. 2015; Dima és Bucuta 2012; Rác és mtsai 2016; Hunter 2001; Pikó és Piczil 2002). A professzionális segítő identitását jelentős mértékben formálja a saját tapasztalat, a szakirodalom tapasztalati szakértőkről és tapasztalati segítőkről beszél (Rác és mtsai 2016). Interjúalanyaink is hangsúlyozzák, hogy a segítő munka elemi és komplexebb összefüggéseiben is tapasztalják, hogy saját élményeik, korai tapasztalataik mentén kialakuló privát identitásuk – pl. anyaságuk – kiemelkedően meghatározzák segítői identitásukat is.

A beszélgetés során megfogalmazzák annak a jelentőségét, hogy a korai szocializációs környezet jelentősen befolyásolta későbbi szakmai viszonyulásait. Enikő kislányként győződött meg róla, hogy a nők tudnak szülni, és a segítség az „mellékes”. Teri is arról számol be, hogy családi hagyományként „viszi tovább” dúlai hivatását, a szüléskísérés természetességét, és a nők természetes szülőkéességét már fiatal korában megtanulva. Interjúalanyaink ezzel összefüggésben komoly problémának tartják, hogy a kórházban praktizáló szülésznők és orvosok elsöprő többsége a képzése és praxisa során szinte soha nem lát normális szülést.

A vizsgálati helyzetben a szüléstörténetek elhangzása után kitértünk arra is, hogy interjúalanyaink számára mit jelent saját anyaságuk, személyes szüléstörténeteik, illetve édesanyjukkal való viszonyuk. Számos esetben a szüléstörténet, vagy a szakmai identitással kapcsolatos válaszok (milyen a jó segítő, hogyan lettél bába/dúla/szülésznő) kapcsán spontán reflektáltak erre a témára interjúalanyaink. Az 'anyai hajlandóság' pszichoterápiás fogalma megvilágítja annak jelentőségét, hogy a valóságos anya milyen szerepet játszik a vajúdás/szülés folyamatában. A vajúdás folyamata nem csak a vajúdo nő számára lehetőség önmaga megtapasztalására, hanem a segítőnek is „merítési lehetőség”. Ez a metaforikus anyaság mégsem csak arról szól, amiről eddig a vajúdás/szülés során olvashattunk tudományos diskurzusokban – hogyan alakul ki a vajúdo/szülő nő anyai kompetenciája, milyen hatással van a vajúdás/szülés folyamata az anyai viselkedésre és az anya és újszülöttje közötti kötődésre (Varga és Suhai 2010; Varga, 2015; Andrek 2007). Itt a vajúdo/szülést kísérő segítő igyekszik 'elég jó anya' lenni, 'átmeneti teret biztosítani, ráhangolódni a

segítettjére (Winnicott 2004). Ez az állapot egy közös „burok” konstruálásával jár. A burok és a mag a szelf szerveződésének aspektusaira is utalhat, ahogyan ezt különböző pszichoanalitikus elméletalkotók a korai én-fejlődéssel kapcsolatban közel azonos fogalmakkal leírják. Ilyen pl. McDougall „boríték”, Anzieu „bőr-én/skin-ego”, Ábrahám és Török „burok és mag” sokatmondóan szimbolikus és kidolgozott fogalmai, melyekben közös vonás a testi és a szimbolikus (narratív) viszonyának hangsúlyozása (Ábrahám és Török 1998; Bonomi és Rand 1999; McDougall 1995). Ezek alapos összefoglalását és értelmezését adja pl. Ritter (2006). Ugyanakkor a segítő olyan tapasztalatra „mond igent” ahol szembe kell néznie önmagával is, „benne kell lennie abban, amit őbelőle vált ki” a folyamat és a kapcsolat. Ezt a „kihívást” saját magával kapcsolatban el kell fogadnia, annak „minden nyugét és nehezét” el kell viselnie – szimbolikus értelemben tehát a segítő önmaga segítője vagy anyja is egyben.

Interjúalanyaink szakmai identitását a segítés határterületei és dilemmái is jellemzik. A magyarországi szülészetre jellemző, hogy sok dúla és bába szülésznőképzőt is végez, illetve gyakorló szülésznőként dúla-tanfolyamot végeznek, ahogyan ezt a vizsgálatban résztvevőknél is tapasztaltuk. Megkérdezettjeink beszámolnak róla, hogy a segítés különböző módjait és lehetőségeit nagymértékben behatárolja szerepekhez rögzítettségük, illetve a hierarchikus, tekintélyelvű működés, így „vagy dúlaként, vagy szülésznőként” lehetnek jelen a vajúddó/szülő nő mellett. Interjúalanyaink beszámoltak arról is, hogy belső indíttatásait sokszor felülírja a normaként interpretált protokolláris működés. Intézményen kívüli segítés esetében ugyanakkor a dúlaság és a bábaság egy folyamaton belül is felcserélhető, és interjúalanyaink egymást kiegészítő, jól alkalmazható képességként tekintenek a szüléskísérés e két területére. Interjúalanyaink közül többen is megfogalmazták, hogy a szülés kísérésére dúlaként „bárki képes”, ugyanakkor látják azt is, hogy kórházi szülésznők és orvosok „hóbortosnak” és idegennek, értelmezhetetlennek tekintik ezt a segítői szerepet – vagy szakmát. Ez az ellentmondás értelmezhető úgy is, mint a ’anyai hajlandóság’ felvállalásának megléte vagy hiánya (Welles és Wrye 1996). A dúla-képzésen hangsúlyozzák, hogy nem szakmai segítségnyújtásról van szó, ugyanakkor egy tapasztalt dúla felismeri és értelmezi a vajúdás/szülés folyamatait. Ha a vajúdás/szülést a nő feladatának és felelősségének tekintjük, a segítő pedig, alkalmazkodva a folyamathoz, úgy segít, ahogy éppen szükség van rá – tehát több segítő szerepet is magáénak érezhet, melyeket váltakozva alkalmazhat – akkor lehetővé válik a holisztikus szemléletű segítés. Úgy tűnik, ahhoz, hogy a szakmai identitás rugalmas legyen, a segítő „dúla is legyen, bába is legyen”, a természetes folyamatba és a nő szülőképeségébe vetett bizalom szükséges, természetesen a szakmai végzettségen és tapasztalaton, illetve az önismereten túl (Novák 2015; Davis-Floyd 1992; Kisdi 2012).

A negyedik lépcső eredményeinek értelmezésénél már említettem, hogy interjúalanyaink számára a szakmai identitás a pályakép mellett a vajúzóval járt utat is jelképezi, azon túl, hogy a személyes identitás narratívái is az 'út' (életút, életpálya) metafora segítségével írhatók le. Ez a kapcsolat mindkét résztvevőt alakítja. Interjúalanyaink szerint a közös élmény olyan erős és mély tud lenni, hogy akár spirituális vagy transzperszonális végső kérdésekre is választ adhat, mind a segített, mind a segítő számára. Ez a közös élmény egyszerre „személyes” és „személyre szabott”, ugyanakkor „nem a konkrét személynek szól”: a „jó bábák” közül bárki segíthet bárkit, a feltétlen elfogadás arra a jól behatárolható időre és helyzetre vonatkozik, és interjúalanyaink az 'élet szolgálata' metafora használatával jellemzik ezt a feladatot.

## 6. DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ

### 6.1. Az elméleti részben tárgyalt értelmezési kontextusok a segítő kapcsolatra vonatkozóan

#### *'Átmeneti jelenség' metafora*

A vajúdás/szülés folyamata olyan határhelyzet, nem csak a vajúdo és a segítő közötti kapcsolati dinamika szempontjából, hanem professzionális szerepek és működések, személyes és személytelen viszonyulások tekintetében is. Kint és bent, fizikai és szellemi, élet és halál határán zajlik a vajúdo és szülés, születés. A vajúdo egyszerre kiszolgáltatott és gyermeki, ugyanakkor önálló, erős és szenvedélyes. Egyaránt figyel befelé, és kapcsolódik a segítőjéhez. Jelölő és jelölt is egy időben, szimbolikus és konkrét is. A segítő szempontjából vizsgálva kísérés, követés és lehorgonyzottság egyben. Intuíció és tapasztalati tudás. Saját élmény és saját maga háttérbe szorítása. Intenzív jelenlét, és mégis csak az érzések maradnak meg utána. Általában a kvalitatív kutatásoktól, így az IPA-tól is elvárt validálási eljárás, többek között, az elméleti trianguláció (Szokolszky 2004). A vajúdo/szülés kísérése a holisztikus szemléletben, egészségpszichológiai fogalmakkal leírva tekinthető egyszerű társas támasznak, de értelmezhetjük beavatásként – nem csak a születendő kisbaba és anya, hanem a segítő számára is (Grof 2008). A 'gyógyító kapcsolat' metaforát abban az értelemben is használhatjuk, hogy a kapcsolat dinamikus attribútumai leírhatók a pszichoterápiás kapcsolat szokásos jellemzőivel. Vizsgálatunkban ezekre az elméleti szempontokra fordítottunk különös figyelmet.

#### *'Testi és szimbolikus kölcsönös interpretációja'*

Míg pszichodinamikus vagy pszichoterápiás helyzetben a testi folyamatok áttételesen jelennek meg, értelmezhető és értelmezendő metaforák és narratívák szintjén, addig a szülés folyamatában a valóságos testi folyamat jelenléte mellett megjelennek az „önmagunkkal való találkozás” narratívái és metaforái. A konkrét testi folyamatok a segítő kapcsolat színterén és a vajúdo folyamat színterén is meghatározóak, ugyanakkor interpretációs lehetőséget nyitnak az önmegismerés felé, minden résztvevő számára. Interjúalanyaink számos esetben hangsúlyozták személyes bevonódásukat, intenzív jelenlétüket, és személyes vagy szakmai önmegismeretükkel kapcsolatos tapasztalataik jelentőségét. A vajúdo teste – amellyel, hogy szigorúan a jelenbe és a valóságba horgonyozott – a kapcsolati történések és a személyes megélések szintjén, akár transzperszonális vagy spirituális értékű – tapasztalatok és

interpretációk mentén is meghatározott. Ennek a holisztikus szemléletnek egyik gyakorlati következménye, hogy a szülés körüli segítő milyen szerepet vállal a vajúdo folyamataiban.

Interjúalanyaink tapasztalatai szerint az intézményes keretek között zajló vajúdo/szülés esetén nincs lehetőség „ilyen messzire menni”, a vajúdo és a segítők is „biztonságos, felszínes szinten maradnak, ahol a kihívások nem jönnek szóba”.<sup>22</sup>

#### *'Hatalomhoz való viszony'*

Az adatok elemzése és értelmezése során megállapítottuk, hogy a nemek közötti egyenlőtlenség a szülészetben nem metaforikus szintje a megélésnek, vagy lehetséges narratívája a történeteknek, hanem nyílt és egyértelmű alapértelmezett üzemmód. A vajúdo legtöbbször a segítés tárgya vagy célja, és nem tekintik sem kompetensnek, sem partnernek.

A vajúdo test nem csak a természetnek van kiszolgáltatva, hanem a hatalmi berendezkedésnek is, mely megpróbálja szabályozni, biztonságossá tenni, kontrollálni a folyamatot – azaz hatalmat gyakorolni felette (Foucault 1996; Csabai és Erős 2000; Kisdi 2012; Kitzinger 2008; Herman 2011). Ez a jelenség értelmezhető úgy is, hogy a női önazonosság, a női közösség, a „törekeny burok”, amiben nagy az érzékenyíthettség, nyitottság, és a lehetőség a női erő megtalálására, áll szemben a patriarchális értékrend mentén hatalmat gyakorló „feudális” intézménnyel.

Továbbmenve, a segítő kapcsolat, mely akkor a leghatékonyabb, ha 'anyai hajlandóságot', érzelmi támaszt is magában foglal, szintén devalválódik. A rendszer részeként dolgozó szülésznők beszámoltak róla, hogy vagy személyre szabott, érintéssel és megérintődéssel együtt járó, vagy érinthetlenséggel és elzárkózással járó protokolláris segítséget nyújthatnak, és felszólítják őket, hogy válasszanak: a vajúdohoz, vagy a rendszerhez lesznek-e lojálisak. Ez egyrészt egy mesterséges szembeállítás, a hatalmi struktúrára adott kényszerű válasz, vagy megküzdési mód; másrészt a szemléleti keret (egymást kizáró segítségek) következménye, mert szembeállítja a személyre szabott és a protokolláris segítségnyújtást.

Interjúink során különböző aspektusokból világították meg tapasztalataikat a vizsgálatban résztvevő személyek. Kritikai értelmezések szerint a női testi folyamatokkal szemben ellenérzéseket táplálunk, azonosulva a patriarchális értékrend félelmével, így ebből a szemszögből a női segítségnyújtást is furcsának, különcnek, lebecsülendőnek találjuk (Csabai és Erős 2000; Keating és Fleming 2014; Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992). Alátámasztja ezt az a

---

<sup>22</sup> „az otthonaszülésben egyébként az a ... nem is a helyszín, nyilván, hanem az a lehetőség, hogy megjárhatja a saját életét, míg ha be megy valaki, a legjobb szándékkal is, tehát újra mondom, de a szakadék fölött átvizik. Még ha kedvesen is, de áttemelik. Akár legyen az oxitocin, bármi. Az én képi formátumomban az egy 'elfáradtam a hegymenetben, és akkor a hátára vesz, és elvisz addig, ameddig el kell menjek. Az otthoniban meg mellettünk baktat valaki, aki támogat abban, hogy végig tudjam csinálni.” (interjúrészlet: Bori, bába)



kutatási eredmény is, mely szerint az orvosi hivatás pályaválasztási motivációi a nőket illetően inkább a másokon való segítség lehetősége, míg a férfiak a karrier lehetősége miatt választják az orvosi pályát (Molnár R. 2015). Nőgyógyász-nőként pedig a férfi többségű nőgyógyászok közé tartozni magasabb presztízs, mint a „nemi lojalitás” – azaz nőiesen érzékenynek lenni, érzelmi munkát végezni ”nem szabad” (Szeverényi és mtsai 2006). Ebben a megállapításban a nemi szerepekről alkotott konstrukcióink merevsége is tükröződik. Ez a konstrukció mind tudományos, mind köznap diskurzusokban többnyire félreértelmezi és/vagy figyelmen kívül hagyja, hogy a vajúadás/szülés körüli segítség nem-specifikus (gendered) jellegű, a kapcsolat minőségét pedig éppen ez női minőség adja.

A szülés körüli segítő munka a kiegészítés magas kockázatával jár. Interjúalanyaink általában arról számolnak be, hogy hatékony és tudatos megküzdési mechanizmusokat kellett kifejleszteniük annak érdekében, hogy a nyomást, nagy terhet kezelni tudják. Számos esetben fordul elő, hogy korábban traumatizált nő szülését kísérik, vagy a folyamat válik traumatikussá. Interjúalanyaink interpretációi szerint ők maguk is könnyen traumatizálódnak ilyenkor. Előfordul, hogy inkább kognitív szinten „rendezik el a dolgokat”, belső feszültségeiket igyekeznek egyedül megoldani, a munkát pedig racionálisan végezni, az apró lehetőségekre és pozitívumokra koncentrálni. Ugyanakkor ez a folyamat nem fenntartható, valós megoldás hiányában – mely nem feltétlenül az adott személyen múlik – végül feladáshoz is vezethet. Az érzelmi túlsúlyú megküzdésre is találunk példát, mely végül szintén az (időleges) kivonulással „oldódik meg”. E történetek tanulsága többek között az is, hogy egyéni szinteken korlátozott mértékben lehet csak megoldást találni a konfliktusos helyzetekre.

Több esetben is előfordult, hogy interjúalanyaink legutolsó (tehát friss és rendezetlen) szülésélményét a kutatási interjú során zajló beszélgetés „tette helyre”; tehát az interjúhelyzetet is a trauma narratívájának megalkotására, és ezzel az élmény rendezésére használták. Interjúalanyaink közül voltak, akik érzelmi kapacitásaik révén jól viselik a nehéznek ígérkező születeket is, „általában traumatizált anyákkal” dolgoznak. Ebben a segítő formában kulcsfontosságú, hogy ne maradjon egyedül a segítő – ugyanakkor saját határainak figyelembevételével tudjon dolgozni. Intézményes keretek között vizsgálatunk alapján úgy tűnik, egyikre sincs lehetőség, vagy csak nagyon szűkös.

A trauma tematikájával szoros összefüggésben jelenik meg az áldozathibáztatás jelensége, mely elsősorban a vajúdokra, majd a szülésznőkre irányul. A patriarchális értékrenddel átítatott hatalmi berendezkedés nagyobb értéket tulajdonít a hierarchia csúcsán állók véleményének, élményének, így a kiszolgáltatottabb helyzetben levők – önkéntelenül is elfogadva ezt az értékrendet – önmagukat vélik hibásnak, ha a rendszer visszasságai miatt

„asszisztálnak” a bántalmazáshoz, vagy „nem tudják megvédeni a rendszer abúzusától” a vajúdot. Előfordul, hogy felismerik, hogy bántalmazóvá válnak, ami komoly belső konfliktusokkal és krízisállapottal jár együtt (Herman 2011; Kroó 2010). A bántalmazás sokféle formát ölthet, ugyanakkor központi eleme a hatalom gyakorlása: a hatalommal bíró fél mintegy megszállja az áldozatot, célja pedig az identitás lerombolása (Herman 2011; Kroó 2010, 2013). Ebben a folyamatban lényeges elem, hogy a két fél között a fizikai távolság lehet minimális, ugyanakkor a pszichés távolság a lehető legnagyobb (Scarry 1985; Kroó 2010, 2013). Ez a paradoxon, mint az emberi kapcsolatok dezintegrációjának metaforája, alkalmazható a vajúdás/szülés medikális protokolláris ellátással összefüggő elemeire is (Kitzinger 2008).

#### *6.1.1. Az elemzések hermeneutikai szintje:*

Az IPA kutatás egyik sarokpontja a kutatói pozíció meghatározása és értelmezése, illetve a folyamatban a kutatói reflektivitás alkalmazása. Az értekezésben számos ponton reflektáltam az interjúk során előforduló különleges helyzetekre, melyek a kutatói pozíció rugalmas átalakítására, ugyanakkor a tanácsadó, vagy partneri viszony előtérbe kerülésére készítették. A vizsgálati helyzet lehetőséget biztosított olyan „nehéz történetek” megjelenítésére és interpretációjára, melyek nem csak a kutatás szempontjából voltak relevánsak, hanem mind az elbeszélő, mind a hallgató számára új narratívát képviseltek, ezáltal hozzájárultak a történetek, vagy akár az identitásunk teljesebb megértéséhez. Hermeneutikai szempontból értelmezhetjük úgy is, hogy a kutatási interjú egyfajta biztonságos átmeneti tere volt a szüléstörténet elbeszélhetővé – meghallgatottá válásának, a narratíva (és ezáltal a szelf) újraszerveződésének, az élmények és érzések helyreállásának. Az interjúhelyzet nem csak narratívák, hanem érzetek és kapcsolati dinamika szintjén is felidézte a szülés körüli segítő kapcsolatot. A tematikus képeknek ebben a folyamatban jelentős szerepe volt, mintegy 'átmeneti tárgyként', szimbólumként képviselve a jelen nem levő vajúdási folyamatot, illetve magát a vajúdot.

Az interjúhelyzetekben explicitté vált a 'női hang megszólaltatása' iránti kölcsönös elkötelezettségünk. Az interjúhelyzetet általában interszubjektív fogalmi keretben értelmeztem, tehát kapcsolati elemeket, illetve motivációimat és érzeteimet is releváns adatként kezeltem. Az átiratok készítésekor saját érzéseimet, meglátásaimat is jegyzeteltem, kiegészítve azzal, hogy az adatfeldolgozás melyik szakaszában jelentek meg. Az adatfeldolgozás következő lépése a szövegek közös elemzése volt, mely folyamat során megalkottuk a kutatói értelmezéseket, bevonva egy külső „szakértőt” is, aki tapasztalt kiképző

dúlaként perinatális szaktanácsadóként vett részt az értelmezési folyamatban, ezzel biztosítva a vizsgálat reliabilitását és validitását.

Különösen nehéz volt az esettanulmányként is elemzett trauma története, melyet minden egyes feldolgozási szakaszban újabb és újabb meglátások és érzetek követtek, mintha soha nem lehetne befejezni a szöveg értelmezését. Az interjúkészítés során tapasztalt nyugtalanság, értelmetlen szorongás és harag, majd tehetetlenség és kiszolgáltatottság nem a vizsgálatban résztvevő személlyel volt összefüggésben, hanem azzal a traumatikus történettel, amit kutatási interjúba hozott a kérdezett személy. További interjúk során szintén megfelelő „iránytűként” szolgált a harag érzése, mely – elsősorban a közös kutatói értelmezés során – az abúzus jelenlétének felismerésében segített. A tekintélyelvű működésben való bizalmatlanságom, és hatalmi berendezkedéssel való ellenérzéseim tájékoztattak arról, amikor a nemek közötti egyenlőtlenség témája kerülhetett előtérbe. Hasonlóképpen „tanultam meg” felismerni és értelmezni az interjúelemzések során a segítőköt érintő másodlagos traumatizáció tüneteit, melyek a szégyen és büntudat érzeteinek megjelenésével jártak, mind a szövegekben, mind az átiratok készítésénél, illetve a közös kutatói értelmezések során.

Az értekezés során számos esetben előfordul, hogy a tudományos – értekező stílus háttérbe szorul például az elméleti pszichoanalitikus elemző hangnemével szemben. A kvalitatív módszertan, különösen az IPA „erős szöveg-igénye” szintén kihívások elé állítja a szerzőt. Ugyanakkor a vajúdas/szülés témája az általam választott szemléleti és módszertani keretben a tudományos diskurzus újraértelmezését is megköveteli. A vajúdas/szülés autentikus és genuin volta eleve tabuként értelmezhető a mainstream (domináns, medikális) tudományos megismerés szempontjából: a kutatásunkban bemutatott jelenségekre egyszerűen nincsenek mainstream (domináns, medikális) tudományos szakkifejezések, a szakirodalom is metaforákat használ a hiányok áthidalására. A téma relevanciáját, és a megismerésükre alkalmazott módszereket a legutóbbi időben, és a mainstream tudománytól „távolabb elhelyezkedő” irányzatok ismerik el. Hermeneutikailag megalapozott az interdiszciplináris megközelítés. A vajúdas/szülés olyan komplex fenomén, mely egyetlen szempontrendszer vagy tudományos szemléleti keret segítségével nem írható le a megalapozottság igényével. A vajúdas/szülés pszichológiai szempontjai sem ragadhatók ki a jelenség társadalmi beágyazottságából, ezen aspektusok beemeléséhez a kritikai pszichológiai szemlélet nyújtott segítséget. „Elbeszélhetetlen történet” ez abból a szempontból is, hogy a tudományos megismerés határait feszegetjük – ahogyan végül az interjúkészítés során az emberi lét végső kérdései – élet és halál – kerültek felszínre.

### 6.1.2. *A vajúadás/szülés kritikai értelmezése*

Ahhoz képest, hogy a 90-es években megjelent 'Nőszemély' feminista folyóirat még rendszeresen foglalkozott a többi feminista téma mellett a szüléssel is, a köztudatban a feminizmus és szülés (anyaság) gyakran egymást kizáró, vagy legalábbis nagyon kompetitív fogalmak (Kende 2002a, 2002b; Örlósy 1996). Bár a nő inherens szülőképeségéből következik, hogy kompetens az anyaság és a szülés kérdéseiben, a valóságban ez a legtöbb esetben éppen ellentétesen alakul. A női egyenjogúság története nagyon sokáig a szülési (biológiai) kényszer alól való felszabadulással azonosult, a gyermekszüléssel és neveléssel járó kiszolgáltatottság a nemek közötti egyenlőtlenséget erősítette. A hatalomnak való kiszolgáltatottság elől az az út kínálkozott, ha az ember nem szül. Ez a társadalmi sztereotípiát a 'jó kislány, engedelmes anya' és a 'férfi-ellenes feminista' között a mai napig mindkét nem gondolkodásában jelen van. A nemek közötti hatalmi egyenlőtlenségek a vajúadás/szülésről való gondolkodásunkban is megjelennek, és tükröződnek a tudományos és hétköznapi diskurzusokban; az általunk megkérdezett segítők tapasztalatai alapján a mindennapi munka során is. A szóhasználatnak nagy jelentősége van a vajúadás/szülés melletti segítség során is (Buda 2007; Hoyer 1992; Varga 2015; Vincze és Lipienné Krémer 2012), ahogyan interjúalanyaink fogalmazzák: a segítők szövege „beég”, „egy életre elviszi az anya”. Kritikai értelmezések szerint a hatalmi függőségi viszonyt megerősítő kommunikációként értelmezhetjük a vajúadó/szülő nő felé irányuló degradáló, kicsinyítő, megalázó beszédmódot. De kifejezetten erőszakos és sértő kommunikáció is előfordul. Interjúalanyaink megrázó példákat hoztak erre a jelenségre.

A tekintélyvel működő intézményes protokoll nagyon sok esetben teret enged a bántalmazásnak is (Foucault 1990; Herman 2011; Kitzinger 2008). Az erőszak kultúrájának fenntartásához nem csak a nyílt erőszak, hanem az a folyamat is hozzájárul, ahogyan a patriarchális értékrend mentén a szülés körüli segítők invalidálják a vajúadó, a dűla, bába érzéseit, megérzéseit, munkáját, élményeit. Előfordul, hogy a hatalmi egyenlőtlenség a vajúadó és segítője önrendelkezésének teljes megvonásában, és nyílt szülészeti erőszakban csúcsosodik ki: a vajúadó nő képességeit és önrendelkezési jogait rendszeresen figyelmen kívül hagyják, testéhez engedély nélkül, és sokszor fájdalmat okozva nyúlnak, jelzéseit figyelmen kívül hagyják. A 'szülészeti erőszak' kifejezés megerősíti a 'szülés közben elszenvedett nemi erőszak' fogalmának létjogosultságát, egyben lehetőséget ad egy alternatív, formálisabb kifejezés használatára is (Zimmerman 2010).

A tekintélyvelvű gondolkodás alapjait szükséges dekonstruálni ahhoz, hogy láthatóvá tegyük a szülés körüli segítőkkel szemben alkalmazott kettős mércét. Előfordul például, hogy a

(szülésznő és dúla) szerzők nemzetközi szakirodalomra hivatkozó tudományos tanulmányban érvelnek amellett, hogy különböző társzaktákat képviselő felnőtt emberek között, munkahelyi környezetben a tiszteletteljes kommunikáció kívánatos<sup>23</sup>. Az érvelés szerint a társzakták közötti tiszteletteljes kommunikáció csak azért szükséges, hogy együttműködővé tegyük a kiszolgáltatott, segítségre szoruló vajúdot. A tanulmány létrejötté és érvelése azon alapszik, hogy tudományos kutatások eredményeivel kell bizonyítani azt, ami említésre sem méltó minimum kellene, hogy legyen (ti. tiszteletteljes kommunikáció és együttműködés). Másik esetben a szerzők expliciten megfogalmazzák ugyan a szülészetben előforduló nemi egyenlőtlenségeket, de fenntarthatónak, sőt, értékesnek tartják ezt<sup>24</sup>. Ugyanakkor érvelnek a tanulmány egy későbbi szakaszában amellett, hogy az orvosok oktatásában és képzésében már egy új szemléletet kellene kialakítani, hiszen a „betegek elvárása” alapján a nők egyenrangú személyekként vesznek részt: kivéve természetesen, ha „betegek”, és ha már képzett, praktizáló orvosnál járnak éppen. Jól példázza ez a két tanulmány-részlet azt a szinte mozdíthatatlan, és egész kultúránkat átszövő patriarchális értékrendet, melyet elsősorban éppen az tart fenn, hogy észrevétlen és láthatatlan (Fox és Hesse-Biber 1984; Judge és Livingstone 2008; Keating és Fleming 2009).

A szülési kultúra nagymértékben meghatározza a szülés körüli segítség gyakorlatait is. A különböző szemléletek közötti információ-áramlás, a kommunikáció is tekintély-alapon szerveződik, így hierarchia alsóbb szintjein elhelyezkedő emberek számára korlátozott. A holisztikus szemlélet mindaddig „hóbortos” elmélet marad a kórházban dolgozók számára, amíg a körülmények – a patriarchális értékrend által átítatott hatalmi berendezkedés – előírják a szerepeket és a viselkedéseket, miközben a szakmai önállóság és személyes jelenlét sérül.<sup>2526</sup>

---

<sup>23</sup> „...a tiszteletteljes kommunikáció kevésbé a bába személyes érzései miatt fontos, mint inkább a kismama miatt. ... A bába képességeinek, vagy transzport előtti ellátásának kritikája, az ellenszenv explicit vagy implicit kifejezése, különösen a kismama vagy apa jelenlétében, rendkívül negatív hosszú és rövid távú hatása miatt kerülendő.” (Vincze és Lipienné 2016)

<sup>24</sup> „...a férfi orvos a nővel szemben kétszeresen is felsőbbrendű helyzetben van. Az elkerülhetetlen orvosi felsőbbrendűség erősíti a férfi hagyományos dominanciáját a nő felett. A klasszikus férfi orvos paternalisztikus, általában együttérző, de távolságtartó, tudja mi a jó a betegnek, és az érzelmektől inkább független. Ezek a jegyek természetesen nem feltétlenül rosszak, sőt bizonyos helyzetekben értéket jelentenek.” (Szeverényi és mtsai 2006)

<sup>25</sup> „...nehéz ezt a [bábái modellt] megvalósítani a kórházban, nagyon nehéz. Akik mégis megteszik, azt gondolom egyébként, hogy sokkal többet tesznek... hogy nehezebb nekik, mint nekem. Tulajdonképpen ez [az otthonaszülés] egy kegyelmi helyzet mindenek ellenére. Hogy az ember úgy és azt csinálhatja, különböző nyomások nélkül, keretek megszabják, de nem korlátok, szóval, hogy nekik sokkal nehezebb, na. Ugyanazt megvalósítani... nem is lehet.” (interjúrészlet: Bori, bába)

<sup>26</sup> „És hát ők még nagyon a humanizálnál vannak, miközben ők azt gondolják, hogy ők a bábái modellt képviselik. Csak ők nem látják. Nem hiszik el, hogy ez nem az.” (interjúrészlet: Teri, dúla)

A holisztikus szemlélettel való azonosulás teszi lehetővé, hogy a vajúadás/szülést a nő feladatának és felelősségének tekintsük. A segítő pedig, alkalmazkodva a folyamathoz, úgy segít, ahogyan éppen szükség van rá – tehát több segítői szerepet is magáénak érez, melyeket váltakozva alkalmazhat – ezen a módon lehetővé válik a holisztikus szemléletű segítség. Ahhoz, hogy a szakmai identitás rugalmas legyen, a segítő igény szerint, személyre szabottan „dúla is legyen, bába is legyen”, a természetes folyamatba és a nő szülőképeségébe vetett bizalom szükséges, a szakmai végzettségen és tapasztalaton, illetve az önismereten túl.

## **6.2. A disszertáció új megállapításai és gyakorlati jelentősége**

Értekezésemben igyekeztem mind elméleti, mind módszertani szempontból új utakon megközelíteni a vajúadás/szülés témáját. A pszichoanalitikus és fenomenológiai gondolkodás, a gyógyító/segítő kapcsolat történéseinek elemzése közelebb vitt ahhoz, hogy megértsük, mi zajlik abban a „kitüntetett jelenben”, ahol a vajúadást/szülést segítő kapcsolat létrejön.

Fontos lenne, hogy a különböző szakterületen dolgozó segítők együtt tudjanak működni egymással, ebben a folyamatban a „másik oldal” meghallgatása kulcsfontosságú – reményeim szerint ebben a dolgozatban „megszólalhattak” azok is, akiket gyakran elhallgattat rendszer. A kritikai pszichológiai szemlélet kiemelkedő jelentőségű ebben a kontextusban, hiszen, ahogy interjúalanyaink is megfogalmazták, egyéni szinteken születnek csak megoldások – mindenképpen érdemes tehát tudományos igényességgel, interdiszciplináris összefüggésekben is vizsgálni e területet.

Értekezésemmel szeretnék hozzájárulni ahhoz a szemléletváltáshoz, mellyel elkezdődhetne az a rendszerszintű változás, amelyre nagy szükség lenne az egészségügyben, a vajúadás/szülés tekintetében is.

Mind a vajúadással/szüléssel foglalkozó szakemberek képzésében, gyakorlatában, továbbképzésében szükség lenne azokra az ismeretekre, melyeket a vajúadás/szülés holisztikus szemlélete képvisel. Ugyanakkor nem tekinthetünk el attól sem, hogy mindez nem csak szakmai, hanem emberi jogi kérdés is: a reprodukciós jogok tekintetében a legkiszolgáltatottabbak a nők (Zimmermann 2010; Schiller 2017).

Kutatásunk eredményei rávilágítanak arra, hogy a vajúadás/szülés történeteinek elbeszélhetősége minden résztvevő (kutató, szakember, vajúadó/szülő nő) számára kulcsfontosságú. Következtetéseink szerint nem lehet figyelmen kívül hagyni a vajúadás/szülés melletti segítő szakmák esetében az érzelmi munka jelentőségét, melyre mind a szakemberképzésben, mind a mindennapi munkában nagyobb hangsúlyt kellene fektetni. Kiemelt jelentőségű lenne a megfelelő szupervízió és esetmegbeszélés biztosítása, különös tekintettel

az érzelmi kimerülés megelőzésére és kezelésére, melyben a pszichológia, a perinatális szaktanácsadás szerepét emelem ki elsősorban.

Interjúalanyaink kiforrott szakmai identitással rendelkeznek, de munkavégzésük szabadsága és elismertsége nagyon sok esetben a kórházi szülész-nőgyógyász szakorvosok engedékeny vagy szigorú döntéseitől függ. 2014 óta rendeletben szabályozták, hogy a szövődménymentes, alacsony kockázatú várandósságot és szülést önállóan kísérheti a szülésznő is. Ez mégsem tud tömegesen megvalósulni a „nehezen változó” rendszer miatt. A szemléletek közötti szakadékok (medikalizált – humanizált – holisztikus) nem kizárólag a szüléset szakmai különbségeit jelzik, hanem egyben reflexiók a hatalmi egyenlőtlenségekre, a társadalmi nemek „harcára”, a személytelen és a személyes ellátás megvalósíthatóságának lehetőségeire vagy hiányosságaira. Nagyon erős társadalmi igény mutatkozik általában az egészségügyi gyakorlat, és kifejezetten a vajúdas/szülés bevett intézményes gyakorlatainak megváltoztatására, az együttérző gyógyítás meghonosítására (Lipták 2017). Ilyen törekvések pl. a Pozitív Attitűd Formálás – Az Emberibb Egészségügyért; és az EMMA Egyesület munkája<sup>27</sup>. Az értekezésemben bemutatott gondolatmenet, elemzés és kutatás arra is felhívja a figyelmet, hogy nem csak a vajúdos/szülő nő, hanem általában a szülés körüli segítők helyzete is szélsőségesen nehéz, amit időnként, megfelelő körülmények esetén, egyedi megoldásokkal kompenzálni tudnak ugyan, de tágabb kontextusokban, szemléletekben és rendszerszinten is komoly változásokra van szükség. „Sok bába közt elvész a gyerek” – a sokféle szerepben jelenlevő segítők minden jó szándék ellenére is, gyakran egymással összeegyeztethetetlen, szétszabdalt ellátást tudnak csak biztosítani a gyermeket vállaló családnak, és ezáltal éppen a segítség hatékonysága és személyre szabottsága vész el – holott a nemzetközi szakirodalom alapján a legújabb kutatásokon alapuló jó gyakorlatok éppen arra törekednek, hogy az ellátás egységességét és folyamatosságát biztosítsák<sup>28</sup>. A szülésznők, bábák képzésének kulcsfontosságú szerepe van ebben a folyamatban (Davis 2011).

A medikális, tudományos világkép összeegyeztethetetlennek tűnik az élet személyességével, valós és egyedi történeteivel, az orvostudomány képtelen „észrevenni” a személyt (Bánfalvi 2017). A kórházakban gyakori aktív szülésvezetés helyett humánusabb működésmód lehet a háborítatlanságot biztosító szüléskísérés – azaz, olyan helyzet biztosítása a szülő nő részére, amelyben önmaga lehet, elengedheti magát tabuk, gátlások nélkül – és átadhatja magát a folyamatnak. Ha – ismét csak Winnicott szavaival élve – a „létezés-bontakozás zavartalan állapota” jön létre, az nyilvánvalóan hasznos a vajúdos számára (Winnicott, 1956/2004; Ogden

---

<sup>27</sup> <http://www.pafhungary.hu/> <http://www.emmaegyesulet.hu/>

<sup>28</sup> Lásd pl. [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(17\)30482-3/fulltext](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(17)30482-3/fulltext)

2004: 241). Ha – ellentétben az előbb említett biztonságos megtartó jelenléttel – folyamatos felnőtt kommunikációra kényszerítjük a vajúdót, megszüntetjük a saját belső kommunikációját, önmaga kibontakozásának lehetőségét, a potenciális teret, megzavarjuk a vajúdás, szülés természetes folyamatát. A vajúdó és a környezete közötti kommunikáció leírható akár egy – többértelmű – szóval is: karbantartás (vö. Winnicott „jól tartó környezet”, fogalmával, Fonagy 2004: 255). A szülést kísérő személy feladata azt a fizikai (tehát nonverbális üzeneteket hordozó) környezetet biztosítani, ahol a természet teheti a dolgát. A vajúdó nő így megengedheti magának az önkontroll, bizonyos én-funkciók (pl. realitáskontroll) elvesztését ebben a biztonságos térben. A szülés körüli segítő pedig megengedheti magának hogy teljes személyiséggel, mentális és érzelmi jelenlétével, „anyai hajlandóságával” vegyen részt a folyamatban.

Az „anyai hajlandóság”, az érzelemszabályozás és önimerseti munka hangsúlyozása mellett ki kell térnem a amentalizáció jelentőségére. A mentalizáció művészetének lényeges elemeit érintettem már dolgozatomban, mind az elméleti bevezető, mind az interjú-elemzések kapcsán. A biztonságos kötődést megteremtő diskurzus, közös élmény során a személy mindazokat a képességeket és nyitottságot birtokolja és alkalmazza, melyek létrehozzák magát a biztonságos teret: együttérzéssel, élénk tudatossággal és reflektíven vesz részt a kapcsolatban (Allen, Fonagy és Bateman 2011: 142.). Ha létrejön az egymásra hangolódás, a „beszélgetés” a vajúdó és a szüléskísérő között, ezáltal létrejön a biztonságos környezet, megszülethet az új jelentés – az együttes élmény, a korábbi történetek újrainása, és az abból transzformálódva megérkező új személyiség – és az újszülött is. Az elég jó befogadó tükrözése által – úgy is, mint elég jó segítő karban-tartása által – a szüléskísérő segítségével tud befelé figyelni a vajúdó, így tud szembenézni önmagával, így tudja átadni magát a szülés mindent elsöprő élményének.

### **6.3. A kutatás korlátai**

Az IPA elemzések kis elemszámú mintával dolgoznak, nem általános összefüggéseket, hanem az egyedi mintázatokat tárják fel. Az interjúk elemzésénél a kutatók szakirodalmi olvasottsága, szemléleti keretei tudatosan befolyásolják a kapott eredmények értelmezését. A kutatási felhívás szövege szándékolta olyan személyeket szólított meg, akik – egyetértve a kutatás céljával – fontosnak tartják a szülés során személyes és személyre szabott, érzelmi támogatást is tartalmazó segítő kapcsolatot, így motiváltak voltak a kutatásban való részvételben, ugyanakkor ezáltal nem nyertünk betekintést azon szülés körüli segítő kapcsolati élményeibe, akik elzárkóznak e szemléleti kerettől.



A vizsgálati helyzetben felhasznált képanyagra adott válaszok csak a teljes interjú eredményeivel együtt, és adott személyenként értelmezhetőek, az elemzések során nem térünk ki tételesen az egyes képekre adott reakciókra, de felhasználtuk őket. A kutatás lefolytatása során, egyedi esetekben derült ki, hogy többen felismerték az egyik képen szereplő személyt. Erre a módszertani akadályra ez előkutatás során, és a kezdeti néhány interjú lefolytatása alatt sem derült fény, így a kutatók jóhiszeműen alkalmazták az eredeti szerzők és tulajdonosok által felhasználásra engedélyezett képsorozatot. Amint a tudomásunkra jutott ez a tény, előre felhívtuk a résztvevők figyelmét, illetve felajánlottuk a lehetőséget, hogy visszautasítsák ezt a feladatot (de az interjú többi részét lefolytassuk). A kutatási eredmények elemzését ezért szigorú megszorításokkal hajtottuk végre: az eredményeknek csak azon részeit használtuk fel az elemzés során, melyek nem sértették a képen szereplő személy személyiségi jogait. Ezeket a képeket nem publikáljuk, az értekezés mellékletében módosítva közöljük. A vizsgálati személyek bemutatásánál az adott szakaszban mindig jeleztük, hogy a képek értékelése hogyan zajlott e szempont szerint.

#### **6.4. Kitekintés**

Az értekezésben csak korlátozott mértékben tértem ki: a stresszel való megküzdés módjaira, és ezzel összefüggésben az egészségi állapot jellemzőire; a szakmai jövőkép alakulására; az anyával és anyasággal való viszony jellemzőire. Ezek a témákról is gyűjtöttünk anyagot a jelen kutatásban, így további elemzések és kutatások tárgyát képezhetik. A gazdag szöveg sokféle értelmezési lehetőséget nyújt, számos szemléleti keretben lehet továbbgondolni, így újabb kutatások és vizsgálatok számára kiindulópont lehet.

A későbbiekben kerül sor az anyákkal készült interjúk elemzésére, mely folyamat minden bizonnyal gazdagon hozzájárul majd a vajdás/szülés során létrejövő kapcsolat további megértéséhez.

A kutatásunkban felmerült témák – mint általában a kvalitatív vizsgálatok esetében – további kutatási irányokat is kijelölnek. Ilyen lehet pl. a dülák szerepével kapcsolatos kérdések vizsgálata. Érdeemes továbbgondolni a szülész-nőgyógyász orvosokkal való kapcsolat kérdéseit, akár nem-specifikus kontextusban is. Az egyik legfontosabb kérdés azonban, hogy milyen természetű az a szakadék, mely a medikális szemléletű szülésznők és az érzelmi munkát elismerő, humanisztikus vagy holisztikus szemléletű szülésznők (és bábák) között húzódik? Érdeemes megvizsgálni, hogy a szakmai fejlődés folyamatában mikor, és hogyan távolodnak el a természetes folyamatoktól? Mikor, és hogyan határolódnak el véglegesen az érzelmi kapcsolattól? Hogyan lehet közelíteni a láthatóan gyökeresen különböző

álláspontokat? Mint minden segítő szakmában, így a szüléssel kapcsolatban is kulcsfontosságú a kiégés, érzelmi kimerülés további kutatása, és megoldási javaslatok kidolgozása.

Az utóbbi években a vajúdás/szülés, mint társadalmi toposz is megjelent: a szülési kultúra kritikái fogalmazódnak meg, civil mozgalmak szerveződnek, és különböző törekvések láthatóak szakmai párbeszéd indítására és fenntartására. A kutatás további lehetséges irányát jelöli ki ez a jelenség, melyet kritikai pszichológiai, szociálpszichológiai kontextusban érdemes továbbgondolni.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsősorban és mindenekelőtt köszönöm témavezetőmnek, Prof. Dr. Csabai Mártának, hogy mérhetetlenül kitartóan és kreatívan kísérte dolgozatom viszontagságos útját. Hálásan köszönöm sokoldalú szakmai és emberi támogatását, bizalmát.

Köszönöm Prof. Dr. Erős Ferencnek és Dr. Gyimesi Júliának a rengeteg baráti és kollegiális biztatást, hálás vagyok, hogy velük és általuk az Elméleti Pszichoanalízis Program szellemi légkörét megtapasztalhattam, megtapasztalhatom.

Köszönet illeti Kaló Zsuzsát és Márton Angélat a módszertani kérdésekben nyújtott segítségükért.

Köszönöm a közös gondolkodást, inspiráló beszélgetéseket és segítő szándékot Dr. Szili Katalinnak, Kroó Adriennek, Szemerey Mártonnak. Számos holtpontról billentettek ki mindannyian. Köszönöm Dr. Hoyer Máriának és Dr. Fülöp Emőkének, hogy jószándékkal és értő figyelemmel segítették a kutatás kezdeteit, és hozzájárultak a kutatás kérdőíves szakaszának lebonyolításához. Köszönöm Dr. Pető Katalinnak, hogy „jókor volt jó helyen”, és értő és érző figyelemmel moderálta kutatási beszámolómat egy konferencián.

Köszönettel tartozom Dr. Kisdi Barbarának, és Dr. Héjja-Nagy Katalinnak, írásaik végtelenül inspirálóak voltak számomra.

Tisztelettel és hálával köszönöm minden szülésznőnek, bábának, dülának és édesanyának, akik bizalmukba fogadtak, és megosztották velem mélységesen személyes történeteiket. Köszönöm, hogy hozzám hasonlóan elkötelezettek a vajúdás/szülés témája iránt, hogy időt és energiát szántak a kutatási interjúkban való részvételre.

Különösen köszönöm Novák Juliannának emberségét és szakmai segítségét, továbbá, hogy hozzájárult a szellemi tulajdonát képező „egymás-állapot” frappáns szójáték felhasználásához. Köszönöm Dr. Prezenszki Zsuzsannának, Révay Rékának és Perfalvi-Zobor Tündének, hogy az alkotó folyamat egyes szakaszain gyógyító jelenlétükkel körbevettek.

Köszönöm munkatársaimnak a mindennapi motivációt. Köszönöm barátaimnak és családomnak: legfőképp gyerekeimnek, hogy velem tartanak, velük tarthatok.

Dolgozatomat Geréb Ágnesnek, Király Ágnesnek és Frigyes Júliának ajánlom.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól.

<http://www.otthonaszules.hu/aktualis-modositott-otthonaszules-rendelet/>

Letöltés ideje: 2018. január 10.

Ábrahám M. és Török M. (1998) Rejtett gyász és titkos szerelem (Részletek a Burok és a Mag című könyvből). *Thalassa* 9(2-3): 123-156.

Ackerman, S. J; Hilsenroth, M. J. (2001): *A review of therapist characteristic and techniques negatively impacting the therapeutic alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185.

Ackerman, S. J; Hilsenroth, M. J. (2003): *A review of therapist characteristic and techniques positively impacting the therapeutic alliance*. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Allen, J. G; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest, Lélekben Otthon

Alpár Zs. (2006): *A traumaelmélet változásai*. Lélekelemzés 2006/2.

Andrek A. (1997). A kompetens magzat. In: Hidas György (szerk.): *A megtermékenyítéstől a társadalomig*. Budapest: Dinasztia.

Andrek A., Hadházi É. és Kekecs Z. (2015). Az anya- magzat kötődés mérésének lehetőségei: első tapasztalataink a Mother Fetus Attachment Scale (MFAS) mérőeszköz magyar nyelvre fordított változatával és a skála összefüggései demográfiai és pszichoszociális tényezőkkel. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a születés körül*. Budapest: L'Harmattan.367-393.

Antalfai M. (2011). *A női lélek útja mondákban és mesékben*. Budapest: Wesley János Lelkészképző Főiskola.

Argelander, H. (2006) *Első pszichoterápiás interjú*. Budapest, Springmed.

Armstrong, P. és Feldman, S. (2001): *A születés művészete – szülés bölcsen, a természet rendje szerint, a tudomány támogatásával*. Budapest, Alternatal

Baker, S., Choi, P., Henshaw, C. és Tree, J. (2005) 'I felt as though I'd been in Jail': Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum. *Feminism and Psychology* 15(3): 315-342.

Bálint M (1990): *Az orvos, a betegek és a betegség*. Budapest: Animula.

Bálint M (2012): *Az őstörés*. Budapest: Animula.

Bamberg, M. (2007). Introductory Remarks. In Bamberg, M. (2007) (ed.). *Narrative, state of the Art*. Amsterdam: John Benjamins. 1-5.

Bánfalvi A. (2001): *A pszichoanalízis, mint álcás nő*. A pszichoanalízis és a nő kulturális megítélésének némely megegyezéséről. *Thalassa* (12), 2-3: 55-82.

Bánfalvi A. (2002a): A női test medikalizációja; nőnek lenni betegség. *Lege Artis Medicinae* (12)6-7: 432-433.

Bánfalvi A. (2002b): A női test medikalizációja; A női lélek „összecsomózódása”. *Lege Artis Medicinae* (12)8: 530-531.

Bánfalvi A. (2003). A szülés medikalizációja. *Lege Artis Medicinae* 13(3): 250-1.

Bánfalvi A. (2006). Nem a te hibád. *Vulgo* 6 (4). 82-94.

Bánfalvi A. (2017). Orvos és tudomány 5. Személyesség és tudomány. *Lege Artis Medicinae*

Barrett, S.J. és Stark, M.A. (2010). *Factors Associated With Labor Support Behaviors of Nurses*. *The Journal of Perinatal Education* 19 (1): 12-18.

Beck, C.T. (2006): *Pentadic Cartography: Mapping Birth Trauma Narratives*. *Qualitative Health Research* 16: 453-466.

Berán E. (2014). Feminista diskurzusok és a pszichológiai kutatás metszéspontjai: a narratív megközelítés. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat* (4)2. 68-90. <http://tntefjournal.hu/vol4/iss2/beran.pdf> Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Bohren, M.A., Hofmeyr, B.J., Sakala, C., Fukuzaba, R.K. és Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/abstract> Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Bóné V. és Biró E. (2015). Ha összetartoztunk testileg, tartozunk össze lelkileg is. Az apas szülést választó párok motivációinak elemzése. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan, 339-366.

Bonomi, C. és Rand, N. (1999). Psychoanalysis, Language and Deconstruction in the Work of Nicholas Abraham and Maria Torok. *Psychoanalysis and History* 1(2): 252-260.

Borbély J (2011). A bábaság története Magyarországon a 18. század végétől a 20. század közepéig. In Ihász I és Pintér J. (szerk). *Történeti Muzeológiai Szemle* 11.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. és Penn, P. (2000) A milánói módszer. Családterápiás sorozat 12. Budapest: Animula.

Buckley, S. (2010a). *Gentle Birth, Gentle Mothering*. Brisbane: One Moon Press.

Buckley, S. (2010b). Ecstatic Birth – natural childbirth and its' ecstasy inducing hormonal cocktail. In Buckley, S. *Gentle Birth, Gentle Mothering*. Brisbane: One Moon Press. 14-21.

Buda B. (2004a): *A gyógyítás szociokulturális háttere – szerepek és viszonyformák*. In Buda B. (2004): *Pszichoterápia*. Budapest, Akadémiai,

Buda B. (2004b): *Orvos-beteg kapcsolat a nőgyógyászatban és ennek pszichoterápiás lehetőségei*. In Buda Béla (2004): *Pszichoterápia*. Budapest, Akadémiai, 38-45.

Buda B. (2007). A szülés Janus-arcai. *Komplementer Medicina* XI.(1).

Burvill, S. (2002). Midwifery diagnosis of labour onset. *British Journal of Midwifery* 10(10), 600-605.

C. Molnár E., Füredi J. és Papp Z. (2006) (szerk.). *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Budapest: Medicina

Charlick, S., McKellar, L., Pincombe, J. és Fielder, A. (2016). Making Sense of Participant Experiences: Interpretative Phenomenological Analysis in Midwifery Research. *International Journal of Doctoral Studies* 11: 205-216.

Chodorow, Nancy J. (2003): „*Too late*”: *Ambivalence About Motherhood, Choice and Time*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51: 1181-1198.

Csabai M. (1998). Börbe kötve – a test könyvei. (Featherstone, M., Hepworth, M. és Turner, B. (szerk). *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*). *BUKSZ* 10(2): 160-166.

Csabai M. (2003). „Pszichopolitika”. Tények és konstrukciók a lelki zavarok meghatározásában. *Café Babel* 43-44: *Tény*. 63-71.

Csabai M. (2004): *A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez*. *Magyar Pszichológiai Szemle* (1): 55-67.

Csabai M. (2005). Az elbeszélhetetlen történet. Szomatizációs tünetek és szelfszerveződés. *Thalassa* 16(1) 25-38.

Csabai M. (2007): *Tünetvándorlás*. Budapest: Jósöveg

Csabai M. (2013): A pszichoszomatika és a tárgykapcsolati elv alkalmazása a gyógyító munkában. In: Csabai Márta – Pintér Judit Nóra (szerk.) *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest: Oriold és Társai.

Csabai M. és Erős F. (2000): *Testhatárok – énhatárok. Az identitás változó keretei*. Budapest: Jósöveg.

Csabai M. és Erős F. (szerk.) (1997): *Freud titokzatos tárgya – pszichoanalízis és női szexualitás*. Budapest, Új Mandátum

Csabai M. és Molnár P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina.

Csabai M. és Pintér J. N. (2013) (szerk.). *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest: Oriold és Társai.

Csabai M., Csörsz I. és Szili K. (2009). *A gyógyító kapcsolat élménye*. Budapest: Oriold és Társai.

Csuhai K. (2003): *Trauma és ismétlés. A poszttraumás stresszbetegség pszichoanalitikus szemmel*. Pszichoterápia XII/1.

Davis, E. (2007). *Életkör. A női lét tizenhárom archetípusa*. Budapest: Jaffa.

Davis, E. (2010). Midwifery Education: Trauma or Transformation? *Midwifery Today* 96, Winter 2010/11.

<https://midwiferytoday.com/mt-articles/midwifery-education-trauma-transformation/>

Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Oakland, CA: University of California Press.

Deáky Z. és Krász L. (2005). *Minden dolgok kezdete. A születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI-XX. század)*. Budapest: Osiris Századvég.

Denzin, N. és Lincoln, Y. (2000). (szerk.) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.

Dima, G. és Bucuta, M. D. (2012). The experience of therapeutic change for psychologist preparing to become psychoterapist. *Procedia Social and Behavioral Science*, 33, 672–676.

Dixon, L., Skinner, J. és Foureur, M. (2013). The emotional journey of labour – women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery* (3): 371-377.

Duff (2005). *A study of labour*. PhD Dissertation: University of Technology, Sydney.  
<http://epress.lib.uts.edu.au/research/handle/10453/20169> Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Eatough, V. és Smith, J.A. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. In Willig, C. és Stainton-Rogers, W. (szerk.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: Sage. 179-194.

Ehmann B. (2002). *A szöveg mélyén. Pszichológiai tartalomelemzés*. Budapest: Új Mandátum

Ehmann B. (2007). *Az oral history szövegtörzsek pszichológiai kutatásáról*. Replika, 58, 2007. szeptember. 34-36.

*Elfeledett szülés – Szülés és anyaság a reprodukciós diskurzusban*. A Születésház Egyesület azonos című, 2014. április 29-én tartott szakmai napjának összefoglalója.  
[http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender\\_kiadvany\\_honlapra.pdf](http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender_kiadvany_honlapra.pdf)  
Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Eliade, M. (1999): *A szent és a profán*, Budapest, Európa

Eliade, M. (1999): *Misztikus születések*. Budapest, Európa

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. és Hofmeyr, J. (2013). Immediate Care of the Newborn Infant. In (uők). *Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.

Erős F. (2004). Bevezetés. A narratív fordulat. In: uő. (szerk.). *Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében* (7-11). Magyar Pszichológiai Szemle Könyvtár 8, Budapest: Akadémiai.

Erős F. (2007). Trauma és történelem. Budapest, József Műhely, 13-26

Fereday és Oster (2010). Managing a work-life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting. *Midwifery* 26: 311-318.

Ferenczi S. (1933). Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. In Buda B. (szerk.) (1971) *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Budapest: Gondolat. 215-221.



Flaskay G. (2010). Az értelmezéstől a terápiás kapcsolatig. Hogyan működik, hogyan hat a pszichoanalitikus szemléletű terápia? In (uő). *Pszichoanalitikus terápia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina.165-214.

Fonagy, P. (2004). Winnicott hamis self fogalmának újragondolása. In Winnicott, Donald W. (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. szerk. Péley B. Budapest: Új Mandátum. 254-272.

Forgács A., Németh M., Márton S., Szeverényi P. és Kákonyi Sz. (2000) A társas támogatás jelentősége a terhesség és a szülés során. *Magyar Nőorvosok Lapja (63)5*. 367-373.

Formanek Zs. (2005). *A couvade-szindróma fogalma a kulturális antropológiában és vizsgálatának lehetőségei*. Szigorlati dolgozat. Budapest: ELTE-TÁTK.

Foucault, M. (1990): *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Budapest, Gondolat.

Foucault, M. (1996). *A szexualitás története*. Budapest: Atlantisz.

Fox, M. F. és Hesse-Biber, S. N. (1984). *Women at Work*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company

Fülöp E. (2013). Másodlagos traumatizáció és kiégés összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In Csabai M, Pintér J. N. (2013). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések*. 167-190.

Fülöp E. (2016). *A gyógyítók kiégése az empátia és az érzelemszabályozás tükrében*. Doktori értekezés. Elméleti Pszichoanalízis Program, Pszichológia Doktori Iskola. Pécsi Tudományegyetem.

Gadamer, H. G. (2003). *Igazság és módszer. Egy filozófiai hermeneutika vázlat*. Budapest: Osiris.

Gajdos Á. (2013) A nem emlékezett emlék viszontagságai. In Kuritárné Szabó I. – Tisljár-Szabó E. (2015): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Budapest: Oriold és Társai

Gaskin, I. M. (2011). *Spirituális bábaság*. Budapest: Alternatal Alapítvány.

Gaskin, I. M. (2015). *Útmutató a szüléshez*. Budapest: Jaffa.

Gebriné Éles K., Takács P., Kósa Zs., Heinrichné Kőszegi K. és Lampek K. (2017). Szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálata. *Acta Medicina et Sociologica*, Vol. 8.(24).4: 41-58.

Geréb Á. (2010): *Vetélés, perinatális gyermekvesztés és gyász a későbbi szülés tükrében*. Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Ápolás és betegellátás szak, Szülésznő szakirány

Gergen, K. J. és Gergen, M. M. (1983). Narratives of the self. In Sarbin, T. R., Scheibe, K. E. (eds.). *Studies in social identity*. New York: Praeger, 254-273.

Gould, D. (2000). Normal birth: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 31: 418-427.

Green, J.M., Renfrew, M.J. és Curtis, P.A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery* 16: 186-196.

Grof, S. (2008). *A jövő pszichológiája – a pszichológia jövője*. Budapest: Pilis Print.

Hadházi É. (2000). Szülői attitűdök alakulása a terhesség során és a szülést követő időszakban. *Alkalmazott Pszichológia II.*(3): 73-86.

Hajduska M. (2010). *Krizislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös.

Hastie, C. és Fahy, C. (2011): *Inter-professional collaboration in delivery suite: A qualitative study*. *Women and birth* (24) 72-79

Hegedűs K. (2011). A legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 13 (2012) 2. 243-252.

Hegedűs K., Riskó Á., Mészáros E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae* 14(11). 786-793.

Heidegger, M. (2007). *Lét és idő*. Budapest: Osiris

Héjja-Nagy K. (2014). A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében. Szakdolgozat. Budapest: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális Szaktanácsadó szakirányú továbbképzés.

Herman, J. (2011): *Trauma és gyógyulás*. Budapest, Háttér

Heyn, D. (2003). *A vágy csendje*. Budapest: Háttér

Hidas Gy., Raffai, J. és Vollner J. (2015). *Lelki köldökzsinór*. Budapest: Helikon

Hodges, S.D., Kiel, K.J., Kramer, D.V. és Villanueva, B.R. (2010): *Giving birth to empathy: The Effects of Similar Experience on Empathic Accuracy, Empathic Concern, and Perceived Empathy*, Personality and Social Psychology Bulletin XX(10): 1-12.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2003). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003

Hofmeyr G.J., Nikodem V.C., Wolman W.L., Chalmers, B.E. és Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98(8): 756-764.

Hoyer M. (2002). Tekintélyelvűség vagy autonómia? Szülészeti-nőgyógyászati beavatkozások döntéselőkészítése. *Pszichoterápia* (11)6. 440-452.

Hunter, B. (2001). Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 34(4), 436-444.

Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 22: 308-322.

Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, A., Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery* 24: 132-137.

Husserl, E. (2002). *Előadások az időről*. Budapest: Atlantisz.

Járfás V., Lipienné Krémer I. és Hoyer M. (2015). A szülés körüli történések hatása a gyermekágy során kialakuló anyai hangulatváltozásokra. *Egészségfejlesztés* LVI(4). 10-18.

Judge, T. A. és Livingston, B. A. (2008). "Is the Gap More Than Gender? A Longitudinal Analysis of Gender, Gender Role Orientation, and Earnings." *Journal of Applied Psychology* 93:994-1012

Kaló Zsuzsa (2014). Ambivalencia és dependencia. Szerhasználó várandós és kisgyermekes nők anyasághoz való viszonyának feltárása. Szakdolgozat. Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia MA

Keating, A. és Fleming, V. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery* 25 518-527

Kende A. (2002a). *Az anyaság és a nőiség reprezentációi a szüléstörténetekben*. Doktori értekezés, Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Doktori Iskola.

- Kende A. (2002b). Szüléstörténetek. Az anyává válás köznapi narratívái. *Tudásmenedzsment* 3(1): 21-33.
- Kisdi B. (2012). A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár* 2012/3: 23-44.
- Kisdi B. (2013a) Az otthonaszülés, mint társadalmi kórjelző tünet. *Kapocs XII.* (3). 29-43.
- Kisdi B. (2013b). Mint a földre hullott mag. Otthon szülés Magyarországon – egy antropológiai vizsgálat tanulságai. Budapest: L'Harmattan.
- Kisdi B. (szerk.) (2015). Létkérdések a szülés körül. Budapest: L'Harmattan.
- Kitzinger, C. (2004). Feminist approaches. In: Seale, C., Gobo, G., Gubrium, F.J. és Silverman, D. (szerk.) *Qualitative Research Practice*. London: Sage. 125-141.
- Kitzinger, S. (2008). A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis? Budapest: Alternatal.
- Kitzinger, S. (2012). Birth and Sex. Pinter and Martin.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H. és Klaus, P.H. (1993). *Mothering the Mother: how a doula can help you to have a shorter, easier and healthier birth*. Addison-Wesley
- Kolbenschlag, M. (1999). Búcsúcsók Csipkerózsikának. Debrecen: Csokonai.
- Koltai M. (2003). Család – pszichiátria – terápia. Budapest: Medicina
- Kósáné Koppányi É. és Mirnics Zs. (2007). Az anya-gyermek kötődés és kommunikáció transzgenerációs vizsgálata. In: Bagdy E., Mirnics Zs. és Vargha A. (szerk.): *Egyén Pár Család*. Budapest, Animula.
- Kovács M. (2006). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae* 16(11), 981-987.
- Kovácsné Török Zs. (2009). Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére. Doktori értekezés. Humán Tudományok Doktori Iskola, Debreceni Egyetem.
- Krász L., Deáky Z. (2005): Minden dolgok kezdete. Budapest: Századvég.
- Kroó Adrienn (2010). *Megkínzott nők, identitás, test és szexualitás*. Kézirat

- Kroó Adrienn (2013). *A kínzás traumája és a poszttraumás identitás*. Imago Budapest (24) 3-4: 133-144.
- Lafferton E. (1997) Az ember és a társadalom testéről a modern tudományok tükrében. Szakirodalmi áttekintés. *Replika* 28. 39-57.
- Lakoff, G. és Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Larkin, M. Watts, S. és Clifton, E. (2006) Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 102-120
- Larkin, P., Begley, C. M., Devane D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25 (2) 49-59.
- Larsson, Ch., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I. and Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first time mothers. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2: 83-89.
- László J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia* 28(4), 301-317.
- Leboyer, F. (2000). *A gyöngéd születés*. Budapest: Cartaphilus
- Leinweber, H. J. and Rowe, J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery* 26 (1):76-87
- Lénárd K. (2007): Megtörtént/elmesélt/konstruált. Kapcsolati traumatizáció és emlékezés. *Lélekelemzés* 2007/1
- Lénárd K. (2004). A nyelvzavar-koncepció hermeneutikai értelmezése. In: *Magyar Pszichológiai Szemle* LIX(3): 411-424.
- Linder-Sandifer, G. (2002). About Misconceptions: Truth, Lies, and the Unexpected on the Journey to Motherhood by Naomi Wolf. *Journal of Perinatal Education* 11(2): 46-47.
- Lipienné Krémer I. (2016). A szülésznők egészségkultúrájának ismerete hivatásuk tükrében. Doktori értekezés tézisei. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola. Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Lipienné Krémer I., Rados M., Pálvölgyi M., Dió M., Mészáros J., Soósné Kiss Zs. (2016). A highly demanding profession: midwifery. Do the midwives who provide sensitive support for birthing women feel satisfied and appreciated? *New Medicine* 1/2016, s. 19-26.

- Lipták J. (2017). Együttérző gyógyítás. Interjú dr. Robin Youngsonnal, a Szívvel az egészségügyben mozgalom alapítójával. Medicalonline, 2017. október 12.  
[http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/egyutterzo\\_gyogyitas](http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/egyutterzo_gyogyitas) letöltés ideje: 2017. 11. 01.
- Littlejohn, M. (2011). Why spiritual birth?  
<http://www.spiritualbirth.net/why-spiritual-birth> Letöltés ideje: 2018. január 10.
- Lundgren, I. és Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 18 155-164.
- Lundgren, I., Karlsdottir, S.I., Bondas, T. (2009). Long term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 4(2) 115-128.
- Malkemus, S. és Romero, M. (2012). Sexuality as a Transformational Path. Exploring the Holistic Dimensions of Human Vitality. *International Journal of Transpersonal Studies* 31(2): 3-41.
- Máriási D. és Vida K. (2015). Kritikai pszichológiát! A pszichológia intézményrendszere a kritikai pszichológia perspektívájából. *Imago Budapest Online* (4)2.  
[http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2015\\_2\\_Egyeni\\_szocialis\\_problema\\_szam/02\\_Mariasi-Dora\\_Vida-Katalin\\_Kritikai\\_pszichologiat.pdf](http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2015_2_Egyeni_szocialis_problema_szam/02_Mariasi-Dora_Vida-Katalin_Kritikai_pszichologiat.pdf) Letöltés ideje: 2018. január 10.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon.
- Maslach, Schaufeli W.B. és Leiter M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology* 52:397-422.
- Mayberry, L. és Daniel, J. (2016). 'Birthgasm': A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth. *Journal of Holistic Nursing* 34(4): 331-342.
- McDougall, J. (1995): *From the Silence of the Soma to the Words of the Psyche*. In (uő). *The Many Faces of Eros*. London: Free Associations.153-167.
- Meyer, B., Arnold, J. és Pascali-Bonaro, D. (2001). Social support by doulas during labour and the early postpartum period. *Hospital Physician* 9: 57-65.
- Mitchell, J. (1974). *Psychoanalysis and Feminism*. New York: Pantheon.
- Molnár J. (2014). *Posztpartum szorongás az anyák kötődési jellemzőinek tükrében*. Doktori értekezés Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológia Program. Debrecen: Debreceni Egyetem.

Molnár J. (2015). Posztpartum posztraumás stressz szindróma. In Kuritárné Szabó I. – Tisljár-Szabó E. (szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Budapest: Oriold és Társai. 203-216

Molnár J.E. és Frigyes J. (2012): A mesterséges megtermékenyítéstől a szülés utáni depresszióig. A szülészet pszichológiai-pszichiátriai problémái és terápiás eszköztára. Oktatási anyag az azonos című tanfolyamhoz. Budapest: Vadaskert Alapítvány.

Molnár R. (2015). A gyógyítás vonzásában. In Csabai M. és Pintér J. N. (szerk.): *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest, Oriold és Társai.

Mózes T. és Vargha A. (2007): A születési sorrend és a személyiség összefüggései. In: Bagdy E., Mirnics Zs., Vargha A. (szerk.): *Egyén Pár Család*. Budapest: Animula.

Müller Zs. (2010). Utószó. In Raphael-Leff, J. (2010). *Más-állapot*. Budapest: Háttér.

Náfrádiné Töreki Annamária (2012). *A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik*. PhD értekezés tézisei: Reprodukciós Egészségtan Doktori Program. Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola: Szegedi Tudományegyetem.

Neumann, E. (2005). *A nagy anya. A Magna Mater archetípusa a jungi pszichológiában*. Budapest: Ursus Libris.

Novák J. (2015). Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In Kisdí B. (szerk.) (2015). *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan. 149-183.

O'Driscoll, K és Meagher, D. (1980). *Active management of Labour: the Dublin Experience*. London: Mosby.

Odent, M. (2003). *A szeretet tudományosítása*. Érd: Napvilág Születésház

Ogden, T. H. (2004). A potenciális tér. In: Winnicott, D. W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*, 114-119, (szerk. Péley B.). Budapest: Új Mandátum.

Osborn, M. és Smith, J. A. (1998). A personal experience of chronic being lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology* 3: 65-83.

Örlösy D. (1996): Bevezetés a pszichoanalízis és feminizmus témához. *Thalassa* (7)1: 3-6.

- Pálfi M. (2009). Női tudásformák egy 18. századi férfi diskurzusban. *Alkalmazott Nyelvészeti Közlemények Miskolc (IV)*1. 127-139.
- Pápay N. és Rigó A. (2015). (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös
- Pápay N. és Rigó A. (2015). Bevezető. In Pápay N., Rigó A. (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös. 353-370.
- Pappas, S. (2013). Yes! Orgasms During Birth are Real, Study Suggests. <https://www.livescience.com/37039-orgasmic-birth-real.html>  
Letöltés ideje: 2018. január 10.
- Pascali-Bonaro, D. és Davis, E. (2011). *Orgazmikus szülés*. Budapest: Jaffa.
- Péley B. (2002a). *Rítus és történet*. Budapest: Új Mandátum.
- Péley B. (2002b). *A pszichoanalitikus modell és a narratív pszichológia*. In Szerdahelyi E. (szerk.): *Konfliktus, hiány, trauma. A pszichoanalitikus elmélet és technika időszerű kérdései*. Animula, Budapest, 187-192.
- Péley B. 2004 (szerk. és bevezető): *Winnicott: A kapcsolatban bontakozó lélek*. Új Mandátum, Budapest.
- Pikó B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai.
- Pikó B. és Piczil M. (2002). Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. *Pszichológia* 2002 (22) 4:437-447.
- Pinkola Estés, C. (2006). *Farkasokkal futó asszonyok*. Budapest: Édesvíz.
- Pintér G. (2000). Kutatás. In Szőnyi G. és Füredi J. (2000). *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina.
- Pintér G. és Tringer L. (2007). Kérdőív a pszichoterápia legfontosabb nem specifikus tényezőinek mérésére. In: Szakács F. (szerk.) (2007). *Pszichoterápiái vademecum II. kötet*. 24-32. Budapest: Animula.
- Pintér J. N. (2013): A betegség fenomenológiai tapasztalata. In: Csabai M. – Pintér J. N. (szerk.): *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest, Oriold és Társai.
- Rácz J., Kassai Sz. és Pintér J. N. (2016). *Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. L'Harmattan: Budapest.



Rácz J., Kassai Sz., Pintér J. N. (2015): Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle (71)*, 2/4, 313-336.

Rados M. és Mészáros J. (2017). A támogató környezet szerepe a szülési stressz kezelésében. *Orvosi Hetilap 158(29)*: 1149-1156.

Raphael-Leff, J. (2010). Más-állapot. Budapest: Háttér.

Ricoeur, P. (1999). Az én és az elbeszélte azonosság. In uő. Válogatott irodalomelméleti tanulmányok. Budapest: Osiris.

Ricoeur, P. (2006). Az élő metafora. Budapest: Osiris.

Ritter A. (2006). A „budapesti iskola” hatása a francia pszichoanalitikus elméletekre. Ábrahám Miklós és Török Mária pszichoanalitikus rendszerének elemzése és terápiás alkalmazása. Doktori értekezés tézisei. Elméleti Pszichoanalízis Program, Pszichológia Doktori Iskola: Pécsi Tudományegyetem.

Romano, A. M. és Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 37*, 94-105.

Roter, D.L. és mtsai (1999): Effects of Obstetrician Gender on Communication and Patient Satisfaction. *Obstetrics and Gynecology 93 (5) 1*: 635-641.

Sallay V., Martos T. és Hegyi E. (2015). Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan. 291-314.

Salling Olesen, H. és Weber, K. (2012): Socialization, Language, and Scenic Understanding. Alfred Lorenzer's Contribution to a Psycho-societal Methodology 73 *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 13(3)* Art. 22.

Scarry, E. (1985). *The body in pain: the making and unmaking of the world*. Oxford: University Press.

Schiller, R. (2017). #Meetoo shows we need trauma-informed maternity care. Birthrights are human rights. <http://www.birthrights.org.uk/category/human-rights/> Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Schwartz, J. (2014). *Childbirth as a Profound Experience: Exploring Narrative and Image of Experiences During Birth*. Doctoral Dissertation, Transformative Studies. San Francisco, CA: California Institute of Integral Studies.

Smith, J. A., Flowers, P. és Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage.

Smith, J.A. és Osborn, M. (2007). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In Smith, J.A. (szerk.) *Qualitative Psychology*. London: Sage. 53-80.

Soltész A., Rigó A., Pápay N. (2015). Az együttszülés jelentősége. In: Pápay N., Rigó A. (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*, 353-370. Budapest: ELTE Eötvös.

Stadelmann, I. (2007). *A baba válaszol*. Budapest: Katalizátor.

Stern, D. N. (2002). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest: Animula.

Stern, D. N. (2009). *A jelen pillanat. Mikroanalízis a pszichoterápiában*. Budapest: Animula.

Sutcliffe, A. (2016). The Pain of Labour – a Feminist Issue.

<https://birthinternational.com/article/birth/the-pain-of-labour-a-feminist-issue/>

Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Székely Zs. (2011a). Giving birth to ourselves. *Online Journal for the Psychological Study of the Arts, 2011*

[http://www.psyartjournal.com/article/show/szekely-giving\\_birth\\_to\\_ourselves](http://www.psyartjournal.com/article/show/szekely-giving_birth_to_ourselves)

Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Székely Zs. (2011b). Szülés – család – párkapcsolat. Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal. *Kapocs X. évfolyam*, 1. szám (48)

Székely Zs. (2016a). "Ilyenkor szoktam remegni" Rendhagyó esettanulmány.

*Lélekelemzés: 2016.(1) I. félév: 79-91.*

Székely Zs. (2016b). A szülés során létrejövő segítő kapcsolat újraértelmezése a modern pszichoanalitikus elméletek fényében. *Imago Budapest: 2016/3-4*. 41-56.

[http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2016\\_3-4\\_Gyogyito-kapcsolat-es-empatia\\_Kollektiv-aldozattudat/Imago\\_Bp\\_2016\\_3-4-szam\\_pp041-56\\_Szekely-Zs.pdf](http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2016_3-4_Gyogyito-kapcsolat-es-empatia_Kollektiv-aldozattudat/Imago_Bp_2016_3-4-szam_pp041-56_Szekely-Zs.pdf)

Letöltés dátuma: 2018. január 10.

Székely Zs. és Csabai M. (2017). Együtt szülés. A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek és a hatalom szempontjából. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat: 2017/2*. 7. évfolyam 2. szám 41-59.

[http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely\\_csabai.pdf](http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely_csabai.pdf)

Letöltés dátuma: 2018. január 10.

- Székely Zs. és Csabai M. (2018). Szülésznők tapasztalatai a szülés során létrejövő segítő kapcsolatáról: interpretatív fenomenológiai analízis. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, közlésre elfogadva.
- Szemerey M. (2016). A viszontáttétel és az empátia terhei. A testélmény szerepe a vikariáló traumatizáció kialakulásában. *Imago Budapest* 5(3-4): 25-40.
- Szénási R., Lipienné Krémer I. és Mészáros J. (2013). Gátmetszési gyakorlat hazánkban. *Nővér* 26:16-26.
- Szeverényi P. és Forgács A. (1994). A szülés alatti társas támasz jelentősége. *Magyar Nőorvosok Lapja* 57(5).
- Szeverényi P., Török Zs. és Forgács A. (2006). A nem jelentősége a nőgyógyász és betege kapcsolatában. In C. Molnár E., Füredi J. és Papp Z. (2006) (szerk.). *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Budapest: Medicina
- Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris.
- Szőnyi G. (2000). A pszichoterápiák specifikuma: a (pszicho)terápiás kapcsolat. In: Szőnyi G., Füredi J. *A pszichoterápia tankönyve* (3-52). Budapest: Medicina.
- Tárkányi Á. (2010). A párkapcsolatok sikerességének és sikertelenségének okai egy 2009-es országos vizsgálat alapján. Kézirat
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R és Updegraff, J. (2000). Female Responses to Stress: Tend-and-Befriend, not Fight-or-Flight. *Psychological Review* 107(3): 411-429.
- Tóth K. (2008): *Szálak a titokzatos szövetből*. In Bokor Judit, Mészáros Viktória (szerk.) (2008): *Intimitás, áttétel, viszontáttétel*. Budapest, Lélekben Otthon
- Turner, B. (1997). A test elméletének újabb fejlődése. In Featherstone, M., Hepworth, M. és Turner, B. (1997) (szerk.) *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*. Budapest: Józsefvég. 7-51.
- Uvnäs-Moberg K, Petersson M. (2004). Oxytocin: Biochemical link for human relations. Mediator of antistress, well-being, social interaction, growth, healing. *Läkartidningen* 2004;101(35):2634-9.
- Uvnäs-Moberg K. (1998). Antistress pattern induced by oxytocin. *News in Physiological Sciences* 1998;13(1):22-6.
- Vajda J. (2006). A terápiás hatás, mint melléktermék. *Thalassa* 17(1): 123-136.

Varga K (2011a). Az oxitocin, mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae* 2011: 21(12)

Varga K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk.). *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából.* 447-474. Budapest: Akadémiai.

Varga K. (2011b). Az első életóra a centrális oxitocin tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja* (5)74: 14-18.

Varga K. (2011c) A metaforák lehetséges magyarázata a negatív életesemények újraértelmezésében: tapasztalataink kritikus állapotú betegekkel. *Pszichoterápia XX*(2): 109-116.

Varga K. (2015). A szülés élménye. Út a „jó minőségű” szüléshez, születéshez. In: Pápay N., Rigó A. (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*, 67-86. Budapest: ELTE Eötvös.

Varga K. és Suhai-Hodász G. (2000). Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Budapest: Pólya.

Varga K., Andrek A., Herczog M. (2011). A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In: Danis I., Farkas M., Herczog M., Szilvási L. (szerk.). *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei. Biztos Kezdet Kötetek 1*, 230-281. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Varga Zs. K., Baksa D. és K. Szilágyi A. (2009). A halál iránti attitűd és összefüggéseinek vizsgálata kritikus állapotú betegek ápolásával foglalkozó populációkban: intenzív terápiás osztályon illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek körében. *Kharón Thanatológiai Szemle XIII*(2).

Varró G. (2015). Így szülünk mi – szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon. In Kiski B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül.* Budapest: L'Harmattan. 185-204.

Vermes K. (2012): *A jelen pillanat. Felpörgött idő és terápiás jelen a posztmodern kultúrában.* Imago Budapest (23) 2: 47-66.

Vincze F. és Lipienné Krémer I. (2016). Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. *Orvosi Hetilap* 157(11): 415-423.

Warren (1994). *Ecological Feminism.* London: Routledge.

Welles, J.K., Wrye, H.K. (1991): The Maternal Erotic Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 72: 93-106

Werling Józsefné Forrai Márta (2000). A magyarországi bábaképzés főbb állomásai. In Kéri Katalin (szerk) (2000). *Ezerszínű világ. Mozaikok a nevelés történetéből V.* Pécs: Pécsi Tudományegyetem, Tanárképző Intézet. 109-120.

Winnicott, D. W. (1958). Az egyedüllet képessége. In: uő (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*, 114-119, (szerk. Péley B.). Budapest: Új Mandátum.

Wolf, N. (2001). *Misconceptions. Truth, Lies, and the Unexpected on the Journey to Motherhood.* New York: Doubleday.

Wrye, H.K. (1996): *Dead Babies and The Birth of Desire: Maternal Erotic Transferences and Countertransferences.* J. Amer. Acad. Psychoanal., 24:75-94.

Yoshida, Y., Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery*, 29(8): 921-926.

Zimmerman, J. (2010). *Amit a feministáknak a szülés közben átélt nemi erőszakról tudniuk kell.*

<http://www.emmaegyesulet.hu/amit-a-feministaknak-a-szules-kozben-atelt-nemi-eroszakrol-tudniuk-kell/> Letöltés ideje: 2017. július 15.

## AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

### **Tanulmányok:**

Székely Zs. és Csabai M. (2018). Szülésznők tapasztalatai a szülés során létrejövő segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, közlésre elfogadva.

Székely Zs. és Csabai M. (2017). Együtt szülés. A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek és a hatalom szempontjából. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat: 2017/2.* 7. évfolyam 2. szám 41-59. [http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely\\_csabai.pdf](http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely_csabai.pdf)

Székely Zs. (2016). A szülés során létrejövő segítő kapcsolat újraértelmezése a modern pszichoanalitikus elméletek fényében. *Imago Budapest: 2016/3-4.* 41-56. [http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2016\\_3-4\\_Gyogyito-kapcsolat-es-empatia\\_Kollektiv-aldozattudat/Imago\\_Bp\\_2016\\_3-4-szam\\_pp041-56\\_Szekely-Zs.pdf](http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2016_3-4_Gyogyito-kapcsolat-es-empatia_Kollektiv-aldozattudat/Imago_Bp_2016_3-4-szam_pp041-56_Szekely-Zs.pdf)

Székely Zs. (2016). "Ilyenkor szoktam remegni" Rendhagyó esettanulmány. *Lélekelemzés: 2016.*(1) I. félév: 79-91.

Székely Zs. (2011). Szülés – család – párkapcsolat. Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal. *Kapocs X. évfolyam*, 1. szám (48)

Székely Zs. (2011). Giving birth to ourselves. *Online Journal for the Psychological Study of the Arts, 2011*

[http://www.psyartjournal.com/article/show/szkely-giving\\_birth\\_to\\_ourselves](http://www.psyartjournal.com/article/show/szkely-giving_birth_to_ourselves)

### **Konferenciaszereplések:**

„*We were together in this shell*” – *Hungarian midwives’ identification processes in the light of the helping relationship: an interpretative phenomenological analysis: accepted for presentation.* SSEA 2018 - Thematic conference: Self and Identity in Emerging Adulthood, Cluj-Napoca, Romania, 2018. május 17-19.

<http://ssea.org/conference/Identity/program.htm>

„*We, women, are dealing with our birth through all our lives*” – *Midwives’ experiences of the helping relationship: an interpretative phenomenological analysis: accepted for presentation.* International Sandor Ferenczi Conference, Firenze, Italy, 2018. május 3-6.

<http://ferencziconference.com/conference/>

*Kapcsolatban bontakozó kapcsolat. Szülésznők, bábák, dülák tapasztalatai a segítő kapcsolatról: kutatási beszámoló.* MPPPOT – Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság XV. Kongresszusa, Budapest 2018. február 24-25.

<http://www.mpppot.hu/homepage/index.php/2018-absztraktok>

*Hungarian midwives' experiences of the helping relationship: an interpretative phenomenological analysis: **accepted for presentation.*** London Maternity and Midwifery Festival, London, UK, 2018. február 12.

<http://www.maternityandmidwifery.co.uk/events/london-2018/speaker-profiles/>

*A segítő kapcsolat narratívái szüléstörténetekben:* előadás. Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos Nagygyűlése, Eger, 2015

*A szülés, mint személyiségfejlődési lehetőség – a pszichoanalízis lehetséges kérdései és válaszai:* előadás. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület őszi konferenciája, Budapest, 2013

*The feminist paradox:* presentation. Doktoranduszok Országos Szövetségének konferenciája, Piliscsaba, 2011

*Giving birth to ourselves: Time for self-development – Timeless self development:* presentation. Psychology and Literature International Conference, Pécs, 2010

*Egy különleges kapcsolat különleges élményei: bábák és szülő nők:* előadás. Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése, Pécs, 2010

*A fejlődés ideje és időtlensége:* előadás. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület őszi konferenciája, Budapest, 2008

## A DOLGOZATBAN SZEREPLŐ TÁBLÁZATOK LISTÁJA

1. A képválogatás eredményeinek összegzése: a legerősebb reakciókat kiváltó képek..	62
2. Pozitív állításokhoz kapcsolódó szöveges értékelések.....	64
3. Negatív állításokhoz kapcsolódó szöveges értékelések.....	65
4. Az állításokhoz tematikusan kevésbé kapcsolható újabb felmerülő témák.....	65
5. A vizsgálati helyzet felépítésének vázlata.....	70
6. A vizsgálatban résztvevő személyek.....	72
7. A második lépcsőben résztvevő személyek adatai.....	81
8. A segítő kapcsolatok polarizáltsága.....	87
9. A harmadik lépcsőben résztvevő személyek adatai.....	93
10. Főtéma: Szakmai identitás fejlődése.....	100
10/2. Folytatás: Főtéma: Szakmai identitás fejlődése.....	101
11. Főtéma: Vajúdóval való kapcsolat.....	104
12. A negyedik lépcsőben résztvevő személyek adatai.....	111
13. Főtéma: Szakmai kapcsolatok és viszonyrendszerek – bábák.....	118
14. Főtéma: Szakmai kapcsolatok és viszonyrendszerek – dülák.....	119
15. Főtéma: Vajúdóval való kapcsolat akadályai, konfliktusai a kórházban.....	119
16. Főtéma: Szakmai identitás.....	124
17. Főtéma: A segítség transzperszonális aspektusai.....	127
18. Az IPA kutatási eredményeinek összefoglalása.....	136



## MELLÉKLETEK

1. Szerzői nyilatkozatok.....	178
2. Első szakasz (Elő kutatás I.):	
2.1. Félig strukturált mélyinterjú vázlata.....	179
2.2. Együttműködési szerződés (a kutatási kontextus).....	181
3. Második szakasz (Elő kutatás II.):	
3.1. Szóbeli instrukció a kérdőívhez.....	182
3.2. Kérdőív 20 db képpel.....	183
4. IPA kutatások	
4.1. Kutatási felhívás szövege.....	203
4.2. Tájékoztató nyilatkozat és Beleegyező nyilatkozat.....	204
4.3. A félig strukturált interjú kérdései – Tematikus képek.....	206
4.4. Mélyinterjú strukturáló kérdések.....	207
4.5. Vizsgálati anyag: Pozitív tematikus kép (A jelű).....	208
4.6. Vizsgálati anyag: Pozitív tematikus kép (B jelű).....	209
4.7. Vizsgálati anyag: Negatív tematikus kép (C jelű).....	210
4.8. Vizsgálati anyag: Negatív tematikus kép (D jelű).....	211
4.9. Adatlap az interjúhoz.....	212
4.10. Felmerülő témák: Bántalmazás. Részlet az interjúból (Enikő, bába).....	213
4.11. Felmerülő témák: Orvosokkal, szülésznővel, vajúzóval való kapcsolat. Részlet az interjúból (Dóra, dúla).....	215

## **1. Melléklet: Szerzői nyilatkozatok**

Az Elő kutatás I. létrejöttét, és a belőle készült publikációt a Tudomány a Családért Egyesület az NKTH INNOTARS OMFB-00701/2009 számú pályázati projekt keretében támogatta. Székely Zsófia (2011). Szülés – család – párkapcsolat. Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal. *Kapocs* X. évfolyam, 1. szám (48).

A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta ki, az engedély száma: 43/2015.

## 2. Első szakasz (Elő kutatás I.):

### 2.1. Melléklet: Együttműködési szerződés és kutatási kontextus

2009-ben egy országosan reprezentatív szociológiai felmérés készült a Tudomány a Csaláért Egyesület megbízásából az NKTH INNOTARS OMFB-00701/2009 számú pályázati projekt keretében *Családi kapcsolatok* címmel. A minta 1493 fős volt.

E felmérés a fiatalok és középkorúak körében vizsgálta a párkapcsolatok alakulását és az arra ható tényezőket. Adatainak felhasználásával tisztább képet kaphatunk a fiatalok párkapcsolati trendjeinek és a párkapcsolatok minőségét, tartósságát befolyásoló tényezők alakulásáról. Ezzel a módszerrel felmérhetők az adott témakör főbb tendenciái, kisebb és nagyobb méretű csoportokra érvényes társadalmi jelenségek. Pszichológusként és PhD hallgatóként a kutatásba az egyén és egyéni élettörténet vizsgálata felől kapcsolódom. Az egyén és sajátos, egyedi sorsa felől közelítve újabb információkra tehetünk szert, melyek a nagyméretű reprezentatív mintával összevetve értékes következtetésekre adhatnak alkalmat. Feltételezésem szerint félig strukturált interjúval megvizsgálhatjuk, hogy a társadalmi folyamatok, illetve a kutatás eredményei hogyan jelennek meg az egyén, a pár, az anya-gyermek egység és a család életében.

A pszichológia tudományának egyik jelentős ága a családot rendszerszemlélettel közelíti meg: ez a családot tekinti a problémák keletkezésének és a terápiás beavatkozás egységének. A kutatás, vizsgálat, terápia figyelmének középpontjában a **család**, annak alrendszerei, illetve az egyén meghatározó családi kapcsolatai állnak. A családterapeuták például a családi kapcsolatokban interakció, kommunikáció révén igyekeznek változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban (Koltai 2003).

A gyermek születése (akkor is, ha teljes családban születik, és akkor is, ha bizonyos tagok hiányoznak) kritikus időszak: olyan életesemény, mely a család (és természetesen a családban élő minden családtag) életére és sorsának alakulására hosszú távon kihat, ezért fontos feltérképezni ezen folyamatok dinamikáját; illetve azt: hogyan és milyen eszközökkel tudnánk segíteni a pozitív fejlődést (biztonság és felelősségvállalás elősegítése). Amennyiben a gyermek hagyományos család nélkül születik (azaz anyja és apja nem házasodtak össze, vagy akár nem is élnek együtt), akkor is kihat a szülőkre a gyermek születése, és ugyanúgy érdemes a hasonló folyamatokat feltérképezni. Ebben az esetben külön elemzést érdemel, ha az anya egyedül, családi támogatás nélkül kénytelen szülni.

A fő kérdések, amelyekre választ keresek, ezek:

Hogyan alakul a korai anya-gyerekek kapcsolat? A szülés élménye hogyan befolyásolja a kapcsolat minőségét és ezáltal a későbbiekben a család alakulását?

#### A vizsgálat menete:

**Félig strukturált pszichológiai interjú** *három* stabil párkapcsolatban élő anyával (kettő házasságban élő, és egy élettársi kapcsolatban élő nővel), és *kettő* nem stabil párkapcsolatban élő anyával (akik lehetnek élettársi látogató párkapcsolatban élők vagy párkapcsolat nélkül élők). A stabil párkapcsolat alatt „jó házasságban” élelt: azaz erős kötődést és közös probléma-megoldási készségeket, illetve közös jövőképet értünk. Megvizsgálandó az is, van-e

összefüggés a párkapcsolat stabilitása és a házasság megléte/hiánya között. További érdeklődésünkre számot tartó témák: milyen összefüggésben van a párkapcsolat minősége az iskolai végzettséggel; milyen hatással van az egyedülálló anyára, hogy a származási családja, vagy barátai támogatják-e; a vallásosság milyen hatással van a párkapcsolati életére, illetve a gyermekvállalási attitűdjére. Fiatal anyák esetén érdemes rákérdezni az iskolai előtörténetre, A „karrier”-re; illetve a szubkultúra (zenei ízlés, csoporthoz tartozás) befolyására is.

Mind az öt fő kitölti az interjú felvétele után a már meglévő kérdőíveket. Feltételezzük, hogy különbség van a stabil párkapcsolatban, családban szülő nő, és az egyedülálló, családi támogatás hiányában szülő nő élményei, kapcsolati történetei és problémái, probléma-megoldási készségei között.

Félig strukturált interjú alkalmazása esetén nem konkrét kérdéseket határozunk meg az interjúalany számára, hanem témákat vetünk fel (pl. Meséljen a párkapcsolatáról / szüléséről / gyermekével való kapcsolatáról), és a beszélgetés menetét irányított kérdésekkel tereljük a minket érdeklő területekre (pl. Hogyan érintette a szülés élménye a párkapcsolatát? Mi a véleménye a házasságról?). Az interjú szövegét diktafonnal rögzítem.

Az interjú fókuszja a várandósság és a szülés személyes története, mely által a következő témákról is kérünk információt:

- a házasságról, az élettársi kapcsolatáról és az egyedülálló életformáról alkotott elképzelések;
  - nemi szerepek, milyen nemi viselkedésformá(ka)t tart helyesnek;
  - szexuális viselkedés, normák, magatartás és felelősségérzet;
  - gyermekvállalás házasságon belül és kívül;
  - személyes párkapcsolati történet, a kapcsolatok kezdete, felbomlása (lehetőség szerint az apáé is);
  - párkapcsolati problémák;
  - egészségi állapot;
  - a jövőről alkotott elképzelések (saját maga, gyermeke, a gyermek apjának további sorsa)
  - változtatna-e valamin, ami történt, és ha igen, hogyan? (mit szeretett volna másképpen?)
  - tudatosság az életvezetésben (választás/döntés vagy sodródás)
- (életkor, lakóhely típusa, tágabb családi környezet felépítése, iskolai végzettség, vallásosság).  
A kutatási eredmények pszichológiai szempontú értelmezése, ide értve a survey vizsgálat kapcsolódó anyagait is.

#### **A vállalás tartalmazza:**

- 5 félig strukturált pszichológiai interjú módszertani előkészítése, elvégzése, az alanyok megkeresése, jelképes ajándék köszönetképpen
- részletes beszámoló készítése írásban, szakirodalmi megalapozottsággal
- publikáció írása, szakirodalmi megalapozottsággal
- konferencia előadás az elkészült anyagból
  - a kutatási anyag felhasználása a doktori disszertációban, a pályázati támogatás nyilvánossá tétele a disszertációban

## **2.2. Melléklet: Félig strukturált mélyinterjú vázlata**

Meséljen arról, hogyan alakultak vélekedései, mi a véleménye, tapasztalata:

- a házasságról, az élettársi kapcsolatról és az egyedülálló életformáról alkotott elképzelései;
- nemi szerepekkel kapcsolatos tapasztalatai;
- szexuális viselkedése (normák, magatartás és felelősségérzet);
- gyermekvállalás házasságon belül és kívül;
- személyes párkapcsolati története, kapcsolatainak kezdete, felbomlása;
- párkapcsolati problémái;
- egészségi állapota;
- a jövőről alkotott elképzelései (saját maga, gyermeke, a gyermek apjának további sorsa);
- változtatna-e valamin, ami történt, és ha igen, hogyan? (mit szeretett volna másképpen?);
- tudatossága az életvezetésben (választás/döntés vagy sodródás).

### **3. Második szakasz (Elő kutatás II.):**

#### **3.1. Melléklet: Szóbeli instrukció a kérdőívhez (csoportos felvétel)**

„Kedves válaszadó, miután kitöltötte a kérdőívet, kérem, lapozza át újra, és mindent, ami eszébe jut a képekkel kapcsolatban, írja a kép alá. Egy-egy szó, vagy mondat is megfelel, nem kell mindenhová írni, de mindenhová lehet. Hangulatokat, érzéseket is írhat, mindenféle magyarázat nélkül. Ezután közösen is megbeszéljük a benyomásokat.”

### 3.2. Melléklet: Kérdőív 20 db képpel

Az anonimitás megőrzése érdekében az 5. és 14. képet retusáltuk.

Tisztelt Válaszadó!

A következő néhány oldalon képeket talál, minden kép alatt állítások találhatóak. Kérjük, nézze meg az alábbi képeket, majd jelölje meg egy hétfokú skálán, mennyire jellemzőek az adott állítások a képen látható jelenetre!

Nincsenek jó és rossz válaszok, az Ön véleményére vagyunk kíváncsiak. Ne gondolkozzon sokáig a válaszokon, az első benyomása alapján jelölje választát.

**1 = egyáltalán nem jellemző; 7 = nagyon jellemző.**



1.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1    2    3    4    5    6    7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1    2    3    4    5    6    7

**szorongás és feszültség**

1    2    3    4    5    6    7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1    2    3    4    5    6    7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1    2    3    4    5    6    7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1 2 3 4 5 6 7



2.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítõ kapcsolatára:  
**személyesség és intimitás**

1 2 3 4 5 6 7

**egymásra hangolódás és együttmûködés**

1 2 3 4 5 6 7

**szorongás és feszültség**

1 2 3 4 5 6 7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1 2 3 4 5 6 7

**A segítõ türelmes és elfogadó**

1 2 3 4 5 6 7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1 2 3 4 5 6 7





3.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1    2    3    4    5    6    7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1    2    3    4    5    6    7

**szorongás és feszültség**

1    2    3    4    5    6    7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1    2    3    4    5    6    7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1    2    3    4    5    6    7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1    2    3    4    5    6    7



4.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



5.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



6.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



7.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



8.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő kapcsolatára:  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



9.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



10.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7





11.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítõ kapcsolatára:  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttmûködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítõ türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



12.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



13.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



14.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**

**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



15.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1    2    3    4    5    6    7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1    2    3    4    5    6    7

**szorongás és feszültség**

1    2    3    4    5    6    7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1    2    3    4    5    6    7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1    2    3    4    5    6    7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1    2    3    4    5    6    7



16.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



17.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7



18.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő kapcsolatára:  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7





19.

Mennyire jellemző a vajúzó és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1    2    3    4    5    6    7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1    2    3    4    5    6    7

**szorongás és feszültség**

1    2    3    4    5    6    7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1    2    3    4    5    6    7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1    2    3    4    5    6    7

**A vajúzó biztonságban érzi magát**

1    2    3    4    5    6    7



20.

Mennyire jellemző a vajúdo és a segítő **kapcsolatára:**  
**személyesség és intimitás**

1      2      3      4      5      6      7

**egymásra hangolódás és együttműködés**

1      2      3      4      5      6      7

**szorongás és feszültség**

1      2      3      4      5      6      7

**irányítás és teljesítménykényszer**

1      2      3      4      5      6      7

**A segítő türelmes és elfogadó**

1      2      3      4      5      6      7

**A vajúdo biztonságban érzi magát**

1      2      3      4      5      6      7

#### 4. IPA kutatások

##### 4.1. Melléklet: Kutatási felhívás szövege

KEDVES SZÜLÉST KÍSÉRŐ!

Székely Zsófia vagyok, pszichológus, a Pécsi Pszichológia Doktori Iskola doktorjelöltje.

Disszertációm és egyben kutatásom témája a **Szülés, mint személyiségfejlődési lehetőség – különös tekintettel a vajúdás során létrejövő segítő kapcsolatra.**

**Kutatásomhoz interjúalanyokat keresek!**

A szülést a maga egyediségében és egyetemlegességében, pszichés folyamatként, vagy életeseményként, egyfajta *'kitüntetett jelen'*-ként szemlélem.

Ha azon gondolkodunk: mi az, amely minden, vagy majdnem minden szülésben közös; akkor az egyik lehetséges válasz a *segítő jelenléte*. Természetesen kivételek mindig vannak, de ezzel együtt nagyon ritkán fordul elő, hogy egy anya egyedül szülje meg gyermekét; és még ritkábban, hogy szándékosan törekedjen erre. Ismerünk természeti népeket, ahol az asszonyok elvonulnak a törzstől, de ennek a magányos formája ritkábban fordul elő, mint az, hogy valamilyen asszonytársi segítővel vonulnak el.

*A szülés tehát társas helyzet, azaz mindenképpen zajlik valamilyen kommunikáció.*

**Mélyinterjúkat készítetek szülés körüli segítőkkal – szülésznőkkel, bábákkal, dúlákkal a szülések mellett végzett munkájukról, élményeikről, tapasztalataikról.**

Segítségét/segítségedet szeretném kérni!

A vizsgálat során nem szempont a felidézett szülés ideje, helyszíne, esetleges beavatkozások megléte.

Az interjú első részében 4 képet nézünk meg, és beszélgetünk róluk, majd néhány kérdéssel strukturált interjú következik. Végül néhány gyors kérdésre válaszol írásban az interjúalany. Az elhangzott történet minden szereplője és maga az interjúalany személye is teljesen **névtelen és beazonosíthatatlan** marad, a történetet és a válaszokat betűkódokkal, megváltoztatott nevekkkel használom fel.

*A vizsgálat kb. 1 órát vesz igénybe.* Vácon magánrendelőnkben (Arany Fa Műhely Pszichoterápiás Magánrendelő, Vác, Széchenyi u. 19) biztosítom a zavartalan beszélgetést, Budapesten szintén ez a lehetőség elérhető (egyeztetés után).

**elérhetőségek: +36 30 356 0004**

**[zsofko@gmail.com](mailto:zsofko@gmail.com)**

## 4.2. Melléklet: Tájékoztató nyilatkozat és Beleegyező nyilatkozat

Tájékoztató nyilatkozat

Kedves résztvevő!

Ön egy pszichológiai kutatásban vesz részt, amelynek vezetője Székely Zsófia, a PTE BTK Pszichológia Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program doktorjelöltje, témavezető: dr. Csabai Márta, SZE Pszichológia Intézet.

Kutatásunkban a vajúdas-szülés során létrejövő segítő kapcsolat természetét vizsgáljuk. A kutatás elméleti alapfeltevése szerint a vajúdas-szülés során különleges kapcsolat alakul ki a vajúdos és a szülést kísérő személy között. Mondhatjuk úgy is: a vajúdas-szülés társas helyzet, azaz elkerülhetetlenül zajlik valamilyen kommunikáció a résztvevők között. Ez az interakciós helyzet áll a kutatás fókuszában; a kapcsolati kommunikáció minősége, történései jelentős hatással vannak az események alakulására (tekintetbe véve, hogy ebben a folyamatban ritkán találunk lineáris ok-okozati összefüggéseket; általában számos, a tudományos vizsgálódás számára hozzáférhetetlen tényező is szerepet játszik). A vizsgálat fókuszában a női segítők (szülésznők, bábák, dúlák) által létrehozott kapcsolat; illetve e kapcsolat élménye áll – mind az anya, mind a segítő részéről.

A vizsgálat során minden szüléstörténet hasznos a kutatás szempontjából: bármikor is szült korábban, bármilyen helyszínen, az esetleges beavatkozásoktól függetlenül.

A vizsgálat első részében vajúdasról készült fotókat lát majd, amelyekkel kapcsolatban kérdésekre kell válaszolnia. Ezután egy szüléstörténetet mesél el, melyet Ön választ ki, és amelyben a vajúdas-szülés során megélt segítő kapcsolat élménye előtérben van. Végül néhány ellenőrző kérdésre kerül sor. Nincsenek jó vagy rossz válaszok, az Ön történetére, élményeire vagyunk kíváncsiak.

**A vizsgálat kb. egy órát vesz igénybe.** A beszélgetést előzetes beleegyezés esetén diktafonnal rögzítjük, és szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen, a személyes adatokat tartalmazó beleegyező nyilatkozatot elzárt szekrényben őrizzük. Az egyéni kódot minden esetben a kutatás vezetője adja, és csak ő ismeri. A kutatás során nyert adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő sem lesz beazonosítható.

**A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes.** A vizsgálat során bármilyen kérdés, bármikor feltehető, a hangfelvétel igény szerint szüneteltethető. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül abba lehet hagyni.

Az eredmények feldolgozása és elemzése után azokat tudományos előadások, tanulmányok, illetve tananyagok formájában fogjuk közreadni, ahol egyetlen résztvevő sem lesz beazonosítható. Az eredményekről – amennyiben Ön erre igényt tart tájékoztatást küldünk.

Kérjük, amennyiben egyetért a fenti feltételekkel, és hozzájárul a vizsgálatban való részvételhez, ezt aláírásával igazolja. Együttműködését előre is köszönjük!

A kutatásban való részvétel körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel tisztában vagyok.

Kelt: 2015.

---

aláírás

KÓD: Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név) ..... kijelentem, hogy a PTE BTK Pszichológia Intézet Elméleti Pszichoanalízis Program, Dr. Csabai Márta és Székely Zsófia vezetésével végzett vizsgálatban részt veszek. A vizsgálat jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam.

Tudomásul veszem, hogy minden azonosítására alkalmas személyi adatot bizalmasan kezelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat azonosításra nem alkalmas adatai más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek.

Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak.

Kérem, hogy a kutatás eredményéről értesítsenek: Igen Nem

Kelt: 2015

### 4.3. Melléklet: A félig strukturált interjú kérdései – Tematikus képek

#### (szóbeli instrukció)

**Az alábbi négy képet állítsa sorrendbe aszerint, mennyire pozitívak, szimpatikusak Önnek. Nem kell sokat gondolkodni, vagy megmagyarázni a választást, egyszerűen csak a benyomások, hangulat, érzések alapján a legpozitívabbtól a legnegatívabb felé egy sorrendet kialakítani. Nincs jó és rossz válasz, a saját véleményére vagyok kíváncsi!**

1. Kérem, beszéljen a pozitív képekről: miért ezeket választotta pozitívnak? Melyek azok a részletek, amelyeket pozitívnak lát? Mit üzen a látható helyzet? Mi jut erről a helyzetről eszébe? Milyen érzéseket kelt önben? (Egy-egy asszociáció, jellemző szavak is megfelelőek).
2. Ön szerint mit élhetnek át, mit érezhetnek a szereplők?
3. Adjon címet a képeknek!
4. Mondjon egy-egy mondatot a segítő és a vajúdó nevében!
5. Ugyanezek a kérdések (1-4.) a negatív képeknél is.
6. Mennyire, miben emlékeztetik ezek a képek saját szülésére, szüléseire? Válasszon ki egyet, ami leginkább illeszkedik az Ön szülés-élményéhez!
7. Milyen az ideális segítő az ön számára? Hogyan lehet legjobban támogatni a vajúdót?

*6/a. Segítőknél: Hogyan van jelen szülésnél? Mennyire, miben emlékeztetik ezek a képek a saját szüléskísérési élményére? Válasszon ki egy képet, ami leginkább jellemző az ön élményére segítőként!*

#### 4.4. Mélyinterjú strukturáló kérdések:

1. Most az Ön szülés-élményéről, a szülés közben megélt segítő kapcsolatról fogunk beszélgetni. Ha többször szült, kérem, válasszon ki egyet a szülei közül, amelyet most részletesen elmesél.

Miért pont ezt a szülést választotta a beszélgetés témájának? Milyen minőségű?  
Hogyan tudná egy mondatban összefoglalni, akár címet adni neki?

2. Hogyan telt a várandósság? Volt-e egészségügyi, családi, érzelmi probléma? Hogyan készült a szülésre, milyen információi voltak?

*2/a. Segítőknél: Miért, hogyan választotta ezt a foglalkozást? Volt-e, van-e példaképe? Mit szeret, és mit nem szeret a munkájában? Hogyan tervezi a jövőt?*

3. Milyen vágyai, félelmei voltak a szüléssel, szüléskíséréssel kapcsolatban?

*3/a. Segítőknél: Felvette-e a kapcsolatot a leendő vajúddal? Milyen tervei, elvárásai voltak a szüléssel kapcsolatban?*

4. Hogyan zajlott a szülés?

5. Ki/ki volt/ak jelen a szülésnél?

Milyen volt a körüli segítőkkel a kapcsolata? Mi volt a legrosszabb, legjobb élménye ezzel kapcsolatban?

*5/a. Segítőknél: Milyen volt a vajúddal a kapcsolata? Mi volt a legrosszabb, legjobb élménye ezzel kapcsolatban? Mit gondolt, milyen érzéseket keltett?*

#### 4.5. Melléklet:

**Vizsgálati anyag: Pozitív tematikus kép (A jelű).**

**Milyen címet adna a képnek?**

Biztonság; Őserő; Nagy tisztelet, alázatos érintés; Női erő; Utazás; Önátadás; Spirális körök; Nehéz úton; Révületben; Áramlás; Láncszemek.





#### 4.6.Melléklet:

**Vizsgálati anyag: Pozitív tematikus kép (B jelű).**

**Milyen címet adna a képnek?**

Összhang; A legszebb éjszaka; Együttműködés; Kapcsolat az érintés által; Megtartottság; Támogatva; Erős tartás; Pihenni szeretnék; Hullámok közepette; Extázis; Abszolút a küzdelem, vagy megküzdés; Harc.



#### **4.7. Melléklet:**

**Vizsgálati anyag: Negatív tematikus kép (C jelű).**

(az anonimitás érdekében retusálva)

**Milyen címet adna a képnek?**

Elszívárgó remény; Vízszintes; Várakozó állásponton; Hol vagyok...?; A vajúdás 4. órája; Bekábelezve és bekebelezve; Az xy kórház újabb lakókat kapott a csodálatos szülőszobába; Hogy lesz ez?; Jól van, majdszak meglesz; Jól működik a gép.



#### 4.8. Melléklet: Vizsgálati anyag: negatív tematikus kép (D jelű)

##### Milyen címet adna a képnek?

A betegágynál; Rendben lesz ez így; El innen; Tanácstalanul; Valami kórháznak a jelenlegi helyzete; Csövek; Bizalom, de nem saját magamban; Minden rendben, jól működik a gép; Igen, minden rendben.



#### 4.9. Melléklet: Adatlap az interjúhoz

##### Adatlap mélyinterjúkhoz

**KÓD:**

**Dátum:**

Életkor:

Lakhely (nagyváros/város/falu):

Családi állapot, gyerekek száma:

Hányadik szülés a beszélgetés tárgya:

Van-e említésre méltó – munkahely, párkapcsolat, család, fogantatás körülményeihez kapcsolódó – *életesemény*, a szülés körüli 2 évben:

1. *A szülés objektív adatai* (ideje, hossza, helyszíne, gesztációs hét, orvosi beavatkozások, anyai/magzati szövődmények vagy eltérések, diagnózisok, apgar, anya/újszülött postpartum állapota, szoptatás, gyermekágy):
2. Korábbi és későbbi *női vagy nőgyógyászati események* (abúzus, abortusz, nőgyógy. műtétek vagy betegségek, problémák, asszisztált reprodukció, vetélések, terhességi problémák, szülési traumák):
3. *Gyermekágyas időszakra* eső problémák (depresszió, baby-blues, ptsd, szoptatás, anya/baba betegsége, alvás-sírás-hasfájás, szexuális élet):
4. Ha volt probléma, igénybe vettél-e a fenti problémákkal kapcsolatban *szaksegítséget* (szupervízió, pszichoterápia, szoptatási tanácsadás, védőnő, perinatális tanácsadás, dúla)? Tudtál-e bárkivel beszélni a problémáiról (férj, anya, barátnő)?
5. *Saját édesanyáddal* való kapcsolatodról néhány mondatban:
6. Mit tudsz a *saját születésedről*?

#### **4.10. Melléklet: Felmerülő témák: Bántalmazás. Részlet az interjúból (Enikő, bába).**

„Kórházba szállítottunk egy nőt szülés után, mert a méhlepény nem vált le. És ott volt az osztályvezető főorvos, vele kellett tárgyalnunk, és amikor kijött, akkor kezét fogott mind a kettőnkkel, [elmondta, milyen beavatkozásokat végzett]. És ezeket elmondta, ezzel még így alapvetően nem is volt sok baj. Majd aztán mindenféle eskük megtételére kötelezett volna ott minket, hogy például, ígérjük meg, hogy soha többet nem tesszük mellre az újszülöttet a szülés utáni félórán belül, merthogy akkor az oxitocin kiáramlás... ami nem választja le a méhlepényt a méhfalról, illetve lezárja a méhszájat. És akkor, amikor ezek a dolgok így elkezdődtek, a legnagyobb tisztelettel próbáltam megkérdezni... tehát, igazán, nem kerestem a konfliktust, hogy hát én ennek teljesen az ellenkezőjét tanultam, szakmai evidenciák sorozata ennek az ellenkezőjét állítja, és hogy hát ez nem egészen így van. Tehát ezt úgy tanultuk, hogy az oxitocin kiáramlás beindítja a méh-összehúzódást, és az leválasztja ugye a méhlepényt a méhfalról, tehát ez. Én csak akartam tudni, hogy ő ezt hogy gondolja, és hát akkor így elkezdett magas lóról így lefelé beszélni, hogy 'hát akkor mondja el ön, hogy hogy gondolja, én vagyok harminc éve a szakmában, én oktatok, meg vizsgáztatok, meg a nem tudom, nem tudom milyen kitüntetése van, akkor mondja el ön, hogy hogy van ez' és mittomén. És én mondtam, hogy én csak szeretném tudni, hogy mire gondol. Na mindegy, és akkor így szó szót követett, elsorolta az összes szakmai vétséget, amit vétettünk, például, hogy olyasmibe fogtunk bele, amit nem tudtunk befejezni. Ő ugyanis csak olyasmibe fog bele, amit be is tud fejezni. Komplikációmentes várandósságnál, egy komplikációmentesnek ígérkező szülésnél – jó, akkor ezt meg lehessen tanulni, ő, aki oktat, és vizsgáztat, akkor mondja el. Hol lehetett volna az a pillanat, amikor ezt föl lehetett volna ismerni? Na mindegy, és ehhez hasonló dolgok voltak, és már nem lehetett volna sokáig folytatni ezt a beszélgetést. Én megkérdeztem, hogy miért van az, hogy nem tudunk partnerként beszélgetni? De hogy végig csak így fölényeskedett, és aztán nekem ebből elegendő lett, és akkor mondtam a bábatársamnak, aki akkor ott volt velem, hogy akkor menjünk. De a beszélgetés nem érhetett akkor véget, amikor én mondtam, csak amikor ő. És aztán elmondta a magáét, hogy mennyire nagyon rossz kislányok voltunk, és hogy utána kezét akart nyújtani, és oda is nyújtotta a kezét a kolléganőmnek, aki fogadta, én viszont ebben a pillanatban azt mondtam, hogy viszont látásra, és akkor elindultam kifelé. Nem akartam megvárni, amíg nekem is kezét nyújt, majd én nem fogadom. És képzel el, hogy ezek után utánam ugrott... és... mint egy ilyen állat, nem tudom jobban kifejezni, és megragadott, a két karomnál fogva megrázott, és a falhoz csapott. Képzel el. ... üvöltött, én

*meg sírtam. Nagyon megijedtem. És azt kiabáltam, hogy engedjen el most rögtön. És aztán... valószínűleg észrevette, hogy mit csinált ott, tehát volt ott a háttérben egy szülésznő, az én kolleganőm, egy rezidens. És amikor így rájött, hogy nem lehet jól kijönni egy ilyen helyzetből, akkor meg elkezdett ölelgetni, hogy 'jól van kislány, ne sírjon, nincsen semmi baj'. Hajtogattam, hogy most rögtön engedjen el. Akkor az lett a vége, hogy így ellökött magától, és mondta, hogy 'na, menjen innen a picsába'. ... Hát, az látszott, hogy soha, senki nem mond ellent neki. Nem volt az életében egy nő, soha, aki azt mondja, hogy nem. Ez magában is szörnyű, de az, hogy voltak ott a háttérben, akik ezt szó nélkül végignézték. Tehát, hogy ehhez asszisztálnak, és hát minden bántalmazós sztori ilyen, nem? Tehát, hogy vannak olyan szereplők, akik ezt tudják, és csöndben végignézik. Én ezt akkor leírtam ezt a történetet, meg hát fel is olvastam a felolvasó estén. Nekem jó volt ezt így kiírni magamból. Ja, és panaszt tettünk, kivizsgálták az esetet, és természetesen semmi nem történt."*

4.11.Melléklet: **Felmerülő témák: Orvosokkal, szülésznővel, vajúzóval való kapcsolat.**  
**Részlet az interjúból (Dóra, dúla)**

„Én ki is mentem, amikor a babát már visszahozták. De olyan voltam, mint akit megvertek. Kimentem a folyosóra a szülőszoba elé... /Mi okozta ezt az érzésedet?! Végig, végig esett a szívhang, 8 centitől kezdve... és össze-vissza volt gabalyodva rajta a zsinór... És ott kint a folyosón, kicsit ilyen sokkban, még dobogott a szívem, meg minden, megtalált az egyik doktornő, és félrevont. És látszott, hogy ő is totál ki van borulva, és rám zúdította... nem volt jelen a szülésnél, de többször is benézett. És azt hiszem, az volt a lényege az egésznek, hogy azt nem lehet csinálni, amit én csinálok, hogy mi is az én célom... Nem tudom, így elbeszéltünk egymás mellett, arról, hogy mi az anyák és a babák érdeke, és ezt így hangosabban... És nekem, dúlaként, az kellene, hogy legyen a célom, hogy ne csökkenjen a nő önbizalma, hanem nőjön. És én lázítom az anyákat. És akkor ez így kurtán furcsán befejeződött, és akkor összeszedtem magam, és picit még visszamentem, hogy a szoptatásban picit segítsek, meg összepakolni, átköltözni. És amikor az utolsó zacskóért, vagy táskáért még visszazaladtam a szülőszobára, akkor félrevont ez a szülésznő, hogy kitiltani formálisan ugyan nem tudnak – én tudom, hogy tényleg nem – de szépen szeretne megkérni, hogy a megrendült bizalom miatt én ne menjek ebbe a kórházba szülést kísérni. Látszódott az arcán, hogy ezt az egészet úgy kommunikálja, hogy távolítja magát belőle. Nem azonosul vele. Szerintem azért, mert voltak ennek a szülésnek olyan szakaszai, ahol így hárman, ő meg én, meg az anya benne voltunk ebben a burokban. És mondtam, hogy az egy dolog, hogy örülök-e ennek, vagy nem, de jobban örültem volna, ha személyesen mondja el, és hogy milyen boldog lehet, hogy ilyen üzeneteket kell átadnia. Nem veszekedtem vele. Nem volt alkalmas a helyzet arra, hogy elkezdjek beszélni vele arról, hogy mennyire örülök, hogy bejött ez a nő a kórházba egyáltalán, csak egy mondatot mondtam arról, hogy ez a pár ez baromi messziről jött ebbe a helyzetbe, és köszönöm, hogy segítettek nekik ezt valahogy megélni. És akkor elkezdett kérdezgetni... látszott rajta, hogy ő is azon kattog, hogy mi ez az egész sztori, és... hát hol kezdjek el erről beszélni? És akkor az jött ki belőlem, hogy ez egy nagy gubanc, mint ami a gyereken volt. És így rám nézett, hogy aha. És ettől a tök megértő válasz-kilatástól volt az, hogy nekem ettől az egésztől valamilyen szinten mégiscsak jó élményem volt. Volt benne még valaki, aki értette, hogy az anyának mit jelent ez, meg nekem. Még akkor is, ha ez marhára nem volt kibeszélve, de ez egy kicsit hitelesítette az én élményemet. Erre nagy szükségem volt. Mert nyilván, az anyának nem dolga, hogy ápolja a lelketem.”