

*Székeley Zsófia*

Károli Gáspár Református Egyetem, Tanárképző Központ



*Csabai Márta*

Szegedi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

## **Együtt szülés: A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek és a hatalom szempontjából**

A vajúadás és szülés tudományos és köznapi diskurzusokban megjelenő reprezentációi igen eltérőek, attól függően, hogy mely szereplői, milyen kontextusban számolnak be róla. Kvalitatív pszichológiai kutatásunkban születtörténeteket gyűjtöttünk, melyeket interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) módszerével elemeztük. Célunk a 'női hang' megszólaltatása, a nők segítő kapcsolatainak középpontba állításával. Viszonylag szűkös a tudományos diskurzus a vajúadás-szülés körüli segítő kapcsolat nem-specifikus (*gendered*) jellegéről: ez a szempont a gyakorlatban érvényesül a szülész-nőgyógyász (többnyire férfi), az apa, a szülésznő, bába, dúla szerepeinek megkülönböztetésében. Jelen tanulmányban a szülés során létrejövő segítő kapcsolat reprezentációit feminista kontextusban tárgyaljuk; két kutatási interjú felhasználásával a társadalmi nemek egyenlőtlenségével kapcsolatos eredményeket mutatjuk be.

A szülészetben régóta éles viták kiindulópontját jelenti az ellátás személyességének kérdése: hogyan tud létrejönni az egészségügy intézményes rendszerében az egyedi bánásmód, személyes jelenlét és gyógyító kapcsolat? Szükség van-e egyáltalán erre a minőségi jelenlétre? Különböző szakterületek képviselői (szakorvosok, szülésznő, bába, dúla) és laikus segítők (apa vagy más családtag, barát) vesznek részt a vajúadás-szülés folyamatában, kölcsönös interakciók hálózatában, különböző szerepekben, különböző narratívákkal.

A szülő nő részéről a szülés élménye szoros összefüggésben van a „jó minőségű” szüléssel, és az újszülött pozitív élményével, bár szignifikáns összefüggést csak egyetlen változóval, a bába személyéhez kötődő bizalom kialakulásával mutattak ki eddig a kutatások (Larsson és mtsai 2011; Varga 2015). A segítő/gyógyító kapcsolat élménye ugyanilyen fontos a szaksegítő

(szülésznő, bába, dula) számára is. A segítő kapcsolat létrehozása és fenntartása a gyógyító készségein, képességein múlik, és a kapcsolatban teljes személyével — érzelmeivel, történetével, narratíváival — vesz részt (Csabai és mtsai 2009).

A szülés körüli segítség témájára fókuszáló kvalitatív vizsgálatunk során az egyéni tapasztalatokra és élményekre, a fenomenológiai mező összetevőire és dinamikájára voltunk kíváncsiak: a személyek segítő kapcsolati élményeit, tapasztalatait tártuk fel mélyinterjúk során kért szüléstörténetek segítségével. A szubjektív tapasztalások eredeti rétegét kutatjuk, mely minden értelmezés mögött eredendően létezik (Vermes 2012); ugyanakkor a tapasztalatok szubjektív jelentéseit, a személyek sajátos jelentésadási folyamatait, azaz narratíváit is vizsgáljuk. Az *interpretatív fenomenológiai analízis* (IPA, Rác és mtsai 2016) során a szüléstörténetekben előbukkanó témákat, középponti jelenségeket egyrészt az elbeszélő szempontjai szerint, másrészt a vizsgálati helyzet interszubjektív kontextusában is vizsgáljuk. A tudományos diskurzusban, témaválasztásban és kutatói kérdésekben egyre gyakrabban jelenik meg a „női hang”, a feminista kutatómódszertani paradigma (Berán 2014; Keating és Fleming 2009), 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. 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. Tanulmányunk elméleti részében a szüléstörténetekről, a szülés pszichodinamikus összetevőiről röviden, majd a társas támasz jelentőségéről bővebben szólnunk.

## Szüléstörténetek

A szülés élményének narratív reprezentációi nehezen megközelíthetőek. Ez elsősorban az élmény természetes jellemzőinek következménye, hiszen a vajúdas-szülés mélyen a természetbe ágyazott folyamat, ebből adódóan alapvetően preverbális, ösztönös esemény, így a pszichés történések nehezen verbalizálhatóak (Molnár és Frigyes 2012). A vajúdas folyamata egyre fokozódó módosult tudatállapottal jár együtt, mely a kitolásban: a „testi-lelki megnyílás maximumában” csúcsosodik ki (Varga 2015; Molnár és Frigyes 2012), ez szintén a narratív szövegalkotás formálódásával ellentétes folyamat. Minden egyes vajúdas-szülés egyéni és egyedi történés, hiszen a módosult tudatállapotban megtapasztalt különleges és megismételhetetlen élménymintázat mélyen személyes, mások — és sokszor önmagunk — számára csak közvetve hozzáférhető.

Ugyanakkor folyamatosan törekszünk megfogalmazni a megfogalmazhatatlant, azaz az életeseményeinket utólagos konstrukció által szisztematikus kapcsolatba rendezni. Az egyén szempontjából így nyer értelmet az élettörténet, és megalapozódik a szelf belső koherenciája (Gergen és Gergen 1983; Berán 2014). Az egyéni szüléstörténetek társadalmi diskurzusként való előbújása a régóta elnémított női hang megjelenéseként is értelmezhető a szüléssel-születéssel kapcsolatos domináns (medikális) narratívummal szemben.

### **Társas támasz a szülés során**

A várandósság–vajúdás–szülés elsősorban a medikális szemlélet mentén, az orvos és beteg (vagy egészségügyi dolgozó és páciens) fogalmi rendszerében és viszonyaiban interpretálódik, miközben tudományos és köznapi értelemben sem tartjuk betegségről az élettani vajúdást és szülést és nem tartjuk betegnek vagy páciensnek a várandós–vajúdó–szülő nő<sup>1</sup>. Az orvosi technológia fejlődése, minden eredménye mellett, a kórházi szülés elgépiesedését, elszemélytelenedését hozta magával; ugyanakkor általános jellemzője, hogy kiszámíthatatlan, milyen ellátásban részesül a vajúdó–szülő nő (Soltész és mtsai 2015; Varga és mtsai 2011). Az érzelmi-fizikai támasznyújtás az élettani vajúdás és szülés szakszerű kísérésének alapvető összetevője (Lundgren és Dahlberg 2002; Romano és Lothian 2008; Lundgren és mtsai 2009; Héjja-Nagy 2014; Varga 2015). A megfelelő társas támasz jelentős szülészeti előnyöket is eredményezhet (Héjja-Nagy 2014; Soltész és mtsai 2015). A vajúdás és szülés haladásához elengedhetetlen centrális oxitocin rendszer főként megfelelő társas környezetben tud aktiválódni (Varga 2009; Héjja-Nagy 2014). A centrális oxitocinnal kapcsolatos kutatások arra is rávilágítottak, hogy a társak jelenléte a kortizol alapú stresszválasz helyett az oxitocin-szintet emeli, így a „nyugalom és összetartozás” élményét alakítja ki. A társas támasz másik jelentősége a vajúdó hormonális változásainak elősegítése: a megváltozott tudatállapot kialakulása és erősödése szorosan

---

<sup>1</sup> Már a nőgyógyásszal való találkozás megköveteli a viselkedés és attitűdök nagymértékű változását a betegektől (Buda 1999). A szokásos intimitási határokat gyorsan és nagy intenzitással lépi át az orvos-beteg kapcsolat eme típusa, és ez az érzékenyített, kiszolgáltatott állapot fokozottan igaz a vajúdás és szülés állapotára is. Kiemelt jelentősége van a nem-verbális kommunikációnak: többek között az érintés és a tekintet szabályozza a felek együttműködését. Az orvos-beteg kapcsolat dinamikáját tovább árnyalja Hoyer (2002), aki vizsgálatában a betegek autonómia igényeinek és az orvosok kommunikációs stílusának találkozásait elemzi. Mind a betegek, mind az orvosok megélhetik az egészségügyi rendszer feudális, paternalista működését, ahol a hierarchia erősen korlátozza a kommunikációs lehetőségeket, így minden szereplő autonómia igénye sérül.

együtt halad a vajúdás optimális lefolyásával, a két folyamat mintegy egymást erősítve hozza létre a vajúrást magát. A hormonális változásokért felelős limbikus rendszer teret nyer a racionális aggyal, a szürkeállománnyal szemben (Héjja-Nagy 2014). Ezt a hormonális változást — és a vele együtt járó tudatállapotváltozást — a nyugodt, csendes, intim környezet elősegíti, melynek létrehozásában a jelenlévő személyeknek kulcsfontosságú szerepe van.

A vajúrást során természetes módon 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). Ez a jelenség komoly hatással van a segítő és a vajúró közötti kommunikációra is: a vajúró egyrészt szuggesztibilisebbé válik, másrészt kiszolgáltatottabbá is: a máskor jól működő érvédelem vajúrást közben gyakorlatilag megszűnik. A medikális környezet, a hierarchikus kórházi protokoll szigorú szabályai többnyire nem teszik lehetővé, vagy nagyon megnehezítik az intimitás megteremtését a vajúrást helyszínén. Ez nemcsak a vajúrók, hanem a szülés körüli segítőik számára is jelentős stresszforrás, hiszen ebben a helyzetben érző, érzékelő segítőként vannak megszólítva, ugyanakkor a szabályok legalább annyira korlátozzák a lehetőségeiket, mint a vajúrókékat. A megnövekedett stresszre legtöbbször érzelmi távolságtartással reagálnak a segítő foglalkozásúak: kizárólag a feladatokra koncentrálnak, eltűnik az együttérzés, empátia, majd a páciens tárgyiasítása jelenik meg (Hunter 2001; Kovács 2006).

## A kutatás módszertanának rövid bemutatása

Kvalitatív kutatásunk a vajúrást-szülés során létrejövő segítő kapcsolatok közül a nők közötti szaksegítség területét vizsgálja. Célunk a női segítőik — szülésznők, bábák, dúlák — kapcsolati élményeinek feltárása. Vizsgálatunkban nem térünk ki a szülészorosokkal való viszonyra, tekintve, hogy ez lényegileg különbözik az általunk vizsgált területtől. Kérdéseink: Hogyan élnek meg a szülés körüli segítőik a szülés során létrejövő segítő kapcsolatot? Hogyan használhatóak magyarázó elvként a pszichoterápiás kapcsolatról alkotott pszichodinamikus elméletek a szülés körüli segíttel kapcsolatban? Hogyan jelennek meg a nem-specifikus (*gendered*) szempontok a vajúrást-szülés körüli segíttel tematikájában? Mindezt egy átfogó kutatás keretében vizsgáljuk. Az alábbiakban először bemutatjuk a teljes kutatás felépítését, majd két interjú kvalitatív elemzése kapcsán a segítő kapcsolat hatalmi mozzanataira fókuszálunk a társadalmi nemek szempontjából.

Összhangban a szakirodalom által javasolt kreatív kutatómunka irányelvével (Rácz és mtsai 2016), az előzetes folyamat<sup>2</sup> során kiválasztottunk négy, vajúrást ábrázoló képet, és meghatároztuk az interjú segítő témákat és kérdéseket. A képek egyfajta projektív felületként előidéznek a vajúrást szülés körüli érzelmi állapotokat; míg a szüléstörténetek mesélése a narratív szövegalkotás szintjén tárja fel az egyén tapasztalásait és jelentésalkotását. A vizsgálat során a vizsgálati személyek vajúrást ábrázoló képek értékelése után egy szüléstörténetet mesélnek el a praxisukból, félig strukturált mélyinterjú keretében. Az egyéni tapasztalatok idiográfiás, részletes elemzését, és az eredmények árnyalt értelmezését az IPA — interpretatív fenomenológiai analízis — módszere teszi lehetővé. Az IPA hermeneutikai, interpretatív módszer, a vizsgálati személyek jelentésadási folyamatait tárja fel és értelmezi újra (Smith és mtsai 2009). A módszer újszerűsége és előnye, hogy a kutatók szervező és értelmező szerepe lehetővé teszi, hogy az adathalmaz pusztán leírásán túl interpretáljuk az eredményeket, azaz pszichodinamikus konstrukciókat is beemeljük az értelmezési folyamatba, továbbá a vizsgálati anyagot interszubjektív kontextusban: az interjú-helyzet kapcsolati dinamikájának segítségével is értelmezzük. A vizsgálati helyzet kialakítása során igyekeztünk olyan körülményeket teremteni, ahol őszinte és mély beszélgetés alakulhat ki, ahol megérthetjük az interjúalanyok történetét és élményeit. Egyenrangú partnernek tekintjük a személyeket, így közösen, rugalmasan alakítjuk az interjúhelyzetet, mely a feltárulkozás tere is egyben: így lehetőséget biztosítunk sajátos, női realitásuk megnyilatkozásának (Rácz és mtsai 2016; Keating és Fleming 2009). Tanulmányunkban elsősorban az IPA idiográfiás és hermeneutikai szempontjai jelennek meg a bemutatott interjúk elemzése során, az interszubjektív és pszichodinamikus értelmezések kifejtésére terjedelmi korlátok miatt nincs lehetőségünk.

A vizsgálatban 5 kórházi szülésznő, 5 bába és 4 dúla vett részt. Az elkészült mélyinterjúkból<sup>3</sup> jelen tanulmányunkba kettőt választottunk ki

---

<sup>2</sup> Az *elő kutatások első fázisában* próbainterjúk zajlottak 2010–11-ben. A szerzők egyike 5 éves anyával készített félig strukturált mélyinterjúkat, az eredményeket a szülés, mint életesemény és a család-párkapcsolat összefüggéseinek tükrében tárgyalta (Székely 2011). 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 elegendő a téma mélyebb feltárásához.

Az *elő kutatások második fázisában* kialakítottuk a teljes kutatási dizájnt, melynek fókuszába a szülés során létrejövő segítő kapcsolat került — a segítők szempontjából. Szakmai tapasztalatainkra és a szakirodalmi háttérre alapozva dolgoztuk ki a vizsgálati anyagot. A képek kiválasztásához kérdőív vizsgálatot végeztünk, ahol néhány attribútum mentén kellett értékelni a képeket, Likert skála és szöveges válaszok segítségével. A kiválasztott bábák két negatív, és két pozitív értékelt képet tartalmaz.

<sup>3</sup> Egy bábával rendhagyó módon lezajlott kutatási interjú anyagát pszichoanalitikus esettanulmányként publikálta az egyik szerző (Székely 2016).

elemzésre. Az interjúalanyok nevét megváltoztattuk, az interjúk szövegében található személyes utalásokat (pl. helyszínek, időpontok) felismerhetetlenné tettük. Az interjúk kiválasztásának egyik szempontja volt, hogy mindkét személy két, egymással összeegyeztethetetlennek tűnő szakmai álláspontról számolt be, mely komoly konfliktusokat gerjeszt mindennapi gyakorlatukban. Adataikat az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: *Vizsgálati személyek adatai*

Név (kitalált)	Életkor	Szakma	Gyakorlati idő	Második szakma (tanulóként)
Anna	25	szülésznő	4 év	Dúla
Mária	36	dúla	6 év	szülésznő

A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta ki. A kutatási felhívás szövege szándékoltan olyan személyeket szólított meg, akik — egyetértve a kutatás céljával — fontosnak tartják a szülés során létrejövő kapcsolatot, így motiváltak voltak a kutatásban való részvételben. A felhívás tartalmazott általános tájékoztatást a vizsgálati helyzetről, majd szóban is tájékoztattuk a jelentkezőket. A beszélgetéseket diktafonnal rögzítettük és kiegészítő jegyzeteket készítettünk egy előre elkészített segédlapra. A résztvevő személyek írásbeli beleegyező nyilatkozatot is kitöltöttek. A ‘képválogatás és szüléstörténet’ egységekre (továbbiakban: interjúk) nyugodt körülmények között, időkorlátok nélkül, egyéni megbeszélte időpontokban, pszichoterápiás magánrendelőben került sor. Ettől egyedi esetekben eltérünk, mely az itt tárgyalt két személy interjút nem érinti. Az interjúk hanganyagából átiratokat készítettünk, majd az IPA módszertanának megfelelően (Rácz és mtsai 2016) 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. Jelen tanulmány keretei között nincs lehetőségünk az elemzés és értelmezés alapos és mindenre kiterjedő bemutatására, így az alábbiakban csak a társadalmi nemek egyenlőtlenségével kapcsolatos eredményeket tárgyaljuk részletesebben. Az IPA eredmények bemutatásának jellegzetessége, hogy az ismertetés és értelmezés — más kvalitatív kutatási módszerekhez képest is — szokatlanul sok idézetet és eredeti kifejezést tartalmaz, így az interjúalanyok hangsúlyosan ‘jelen vannak’ a szövegben; maga az értelmezés mutatja be a módszert is egyben (Rácz és mtsai 2016; Smith és Osborn 2007).

## Az interjúelemzés alapján megállapított témák

Az interjú fő kérdése a következő volt: „Meséljen arról, hogyan éli meg a vajúdás/szülés melletti munkát, válasszon ki egy szülestörténetet, amiben előtérbe került az anyával való kapcsolata!” Az interjúszövegek átirataiból kibontakozó témák a vajúdás/szülés különböző szereplőivel való viszony megélése köré szerveződnek: miként élik meg saját segítő szerepüket a vajúddal, az apával, és az orvossal való viszonyrendszerekben. A szakmai identitás és változásai, továbbá a munkahelyi légkör – mely a segítői viszonyrendszerek egy speciális változatának is tekinthető – szintén felmerültek témaként. A témákra egyenként és egymáshoz való viszonyukban is jellemző, hogy polarizáltak: két, egymással ellentétes minőség mentén interpretálják őket a személyek. Fő témaként jelent meg tehát a polarizáció, mely egyrészt a vajúdnő 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.

### A polarizáció értelmezései

A polarizáció tematikáját mind hermeneutikai és interpretatív, mind elemi (konkrét eseményekkel és érzelmekkel kapcsolatos) szinten megfigyelhetjük. Anna és Mária is intézményi keretek között (fővárosi kórházak szülészeti osztályain), műszakos beosztásban dolgoznak. Két gyökeresen különböző szemléletű választott szakmájukat — szülésznő és dűla — igyekeznek összeegyeztetni a gyakorlatban: „ég és föld” (Mária); „totál küzdés” (Anna). A dűla képzett asszonytársi segítő, aki érzelmileg és fizikailag is támogatja az anyát, de szakmai döntésekbe nem szól bele. A szülésznő kifejezést a kórházi keretek között zajló születek mellett segítő szakemberre alkalmazzuk, mely általában a medikalizált szemléletű, protokollhoz igazodó szülésvezetéssel jár együtt. A szülészeti osztályon minden vajúdnő/szülő nőt el kell látni, ezért mindkettejük szövegének jellegzetes vonása, hogy egy választott, részletesebben kifejtett történet mellé párhuzamos, kevésbé kifejtett történetek is csatlakoznak. Ez a polarizáció hermeneutikai szintje, az egymást kiegészítő (vagy versengő) szülestörténetek megjelenése az interjúhelyzetben:

A vajúdás maga egyébként össze fog keveredni az én egyik műszakommal, tehát lesznek benne más születek 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 a műszak során egyre fokozódó feszültséget, és az erre adott érzelmi reakcióikat mutatja be. Párhuzamba állítható ez magával a vajúdás 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 is. Még ha a vajúdást folyamatában nem is szükséges az orvosi beavatkozás, a szülés már nem folyhat le az aktívan beavatkozó orvos vezetésével. A különböző szemléleti keretekben jelen levő segítők — pl. a medikalizációt képviselő orvos és a háborítatlanságot képviselő dűla — személyében a vajúdról/szülésről (nőiségről, testről) alkotott világlátás is interpretálódik: ez a polarizáció interpretatív szintje. Továbbá mindkét interjúalany beszámol a polarizáció érzelmi és kapcsolati vetületeiről is, 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 küzdelem, hogy annak, akihez kötődök, annak adok-e olyat, amit én nem szeretnék magamnak. (Anna)

## A vajúddal való viszony: „Az ember próbál szétszakadni”

Mária a segítő kapcsolatot általánosságban megfogalmazva,<sup>4</sup> 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. (Mária)

A szembeállítás megjelenik a gyakorlatban is: „Aztán mind a két elsőszülő anyuka bekerült egy-egy szülőszobába, és hát ugye ilyenkor az van,

<sup>4</sup> A félig strukturált interjú egyik kérdése: „Milyen a jó segítő ön szerint?”



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 vajúddóval kulcsfontosságú: „jó lett volna átbeszelnünk a szülés előtt” (Anna); „folyamatosan kérdezett, és kérdezett, és kérdezett” (Mária). A lehorgonyzott kísérőként (*anchored companion* — Lundgren és Dahlberg 2002) való jelenlét követi a vajúdot a saját folyamatában, ugyanakkor a realitás-kontroll is megtartott, például a szakmai döntések szempontjából. Mindkét személy megfogalmazza, hogy minden jószándékuk ellenére lehetetlen a saját maguk 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, fú 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, amitől 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. Dúlaként és szülésznőként, feszített és nyugodt körülmények között is jól kiegészíti egymást a vajúdás támogatásában az apa és a szülést kísérő személy, viszonyuk kiegyensúlyozott. Közös cél a vajúdo érzelmi és fizikai támogatása. Az apa el tudja látni azokat az érzelmi feladatokat, amikre a szülésznő(-gyakornok) a körülmények miatt éppen nem képes. Ha pedig az apa magabiztossága rendül meg, a szülésznő vagy dúla őt is támogatja:

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 gyakran tekintélyelvű, lényegében a modern szüléskultúra medikalizált szemléletét képviseli, továbbá a kórházon belüli hatalmi viszonyokat is megjeleníti (Davis-Floyd 2003; Kitzinger 2008; Kisdí 2012; Varga 2015; Soltész és mtsai 2015). A szülés folyamatának felügyelete a legtöbb esetben férfiak (férfi-orvosok) kezében összpontosul, a folyamat az intézményes működés révén hierarchizált és erősen ritualizált. Éppen ezért az apa jelenléte gyakran csökkentheti a vajúdnő kiszolgáltatottságát, hiszen férfiként ‘szót ért’ és ‘közvetít’, vagy ‘védelmet nyújt’ a rendszerben. Az orvosi hatalom a vajúdnő/szülés ellenőrzésében és felügyeletében nyilvánul meg, a beavatkozások a folyamat kontrollálását szolgálják elsősorban. A modern szüléskultúrában a szülés sikerét alapvetően az orvosi intézményrendszernek és irányításnak, az orvos tanult tudásának tulajdonítjuk (Kisdí 2012).

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)

Interjúalanyaink szerint, ha valaki — legyen bármilyen nemű, és helyezkedjen el bárhol a hierarchiában — nem fogadja el ezeket az elveket a rendszeren belül, konfliktusba kerül. Anna 4 éve gyakorló szülésznőként máshol helyezkedik el a kórházi hierarchiában, mint Mária, aki szülésznőgyakornokként 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:

Folyamatosan azt mondta neki [a vajúdnőnek] 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 vajúdás alatt ilyen érzésem, hogy én vagyok a gyáva, hogy nem mondom meg neki, hogy ne tegye azt a nővel, hogy én ezt a pozíciómnál 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)

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)

A vajúdó-helyiség felügyelete általában a szülésznő feladata, az orvos időnkénti ellenőrzésével — tehát a vajúdás folyamata az orvosi hatalom szempontjából másodrendű. De a szülőszobán már az orvosé az irányító szerep, így 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 többnyire az alá- fölé rendeltség 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 mondom. (sóhajt) Ilyenkor az ember azt mondja, hogy... hogy akkor mit csináljak? Semmit” (Anna).

Interjúalanyaink szerint kapcsolati konfliktusok egyik megoldása lehet a behódolás. De mivel Anna és Mária sem tud teljes mértékben 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)

## Egymást kizáró és egymást kiegészítő segítések

A 2. táblázatban foglaljuk össze a főtéma — azaz a polarizáció — segítő kapcsolatokra vonatkozó egységét. Az elrendezés fentről lefelé haladva mutatja a kórházi hierarchiát. A polarizációt elsősorban a kapcsolataikban élik meg a megkérdezettek: 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 jellemzően patriarchális működésmódot támogatja. A munkahelyi feladatok és szerepek hierarchikus felosztása meghatározza a munkahelyi légkört. Az interjúkból az rajzolódik ki, hogy a szakmai nézeteltérések is hatalmi viszonyok mentén interpretálódnak. Interjúalanyaink szerint a döntés joga a hierarchiában magasabban álló személyé, szakmai egyeztetéseknek vagy vitáknak általában nincs helye, vagy ha van, azt az orvos 'engedi'. A vajúddal való kapcsolat a segítség célja, és nem partneri felülete. (Erről a fogalmi különbségről és mögöttes jelentéséről a Értelmezés részben szövegünk bővebben.)

2. táblázat: A segítő kapcsolatok polarizáltsága

Segítő kapcsolatok megélése	Anna (szülész nő)	Mária (dúla, szülész nő gyakornok)
<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, vajúddal fájdalmának elviselése, megküzdés segítése, közös cél: együtt támogatjuk a vajúdot	kiegyensúlyozott viszony, vajúddal fájdalmának elviselése, megküzdés segítése, közös cél: együtt támogatjuk a vajúdot
<b>Vajúddal (a segítség célja vagy partner?)</b>	nem kapcsolati konfliktus: mechanikus ellátás vagy egyéni jelenlét: „de én nem ennyit akartam adni”, felelősség: „az én vajúdom, 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 környezet általában megnehezíti, sőt akár ellehetetleníti a szülés személyre szabott, folyamatos kíséretét. Ez egyrészt a protokolláris ellátásból adódó feladatokból ered, másrészt gyakran előfordul, hogy szerepelvárásként jelenik meg 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 pozitív változásait nehéz összeegyeztetni a nehezen változó, merev, hierarchikus szemléletmóddal. Interjúalanyaink szerint 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.”

## Medikalizáció a háborítatlansággal szemben

Az interjúszövegekben bemutatott 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). Interjúalanyaink szerint 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 vajúdáshoz/szüléshez való viszonyunknak. A tekintélyelvű döntéshozatal figyelmen kívül hagyja a szülést kísérő személyek tapasztalati tudását. Továbbá, magát a vajúdási folyamatot sem kíséri személyes figyelemmel, ami információt nyújtana az adott helyzetben való döntéshez:

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)

## Értelmezés

Az interjúk interpretatív fenomenológiai analízissel (IPA) történő kvalitatív elemzése alapján megállapítható, hogy a hatalmi egyenlőtlenség és a helyzetből fakadó konfliktusok a megkérdezettek mindennapi gyakorlatának szerves részei. A nemek közötti egyenlőtlenség a szülészetben nem egy metaforikus szintje a megélésnek, vagy lehetséges narratívája a történéseknek, hanem nyílt és egyértelmű alapértelmezett üzemmód. Ez úgy is értelmezhető, hogy 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; Herman 2011). A patriarchális értékrend nem csak a nemek közötti hatalmi egyenlőtlenség formájában, hanem az 'atyi szigor' jelenlétében is megnyilvánul (Mitchell 1974). Kutatásunkban a patriarchális gondolkodás számos jellemzője (Keating és Fleming 2009) volt megfigyelhető az interjúszövegekben:

- 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 szülésvezetés általában normaként interpretálódik, ezért hívjuk összefoglaló néven 'alternatív' szülészet'-nek a humánusabb és háborítatlanságra törekvőbb szemléletmódokat és gyakorlatokat. A medikalizált és hierarchizált működésmód jelentősen megnehezíti a

„normális”<sup>5</sup> szülés támogatását. Ugyanakkor a szülés körüli segítők érzelmi munkája, és általában az érzelmi munka (angolban [*emotional*] *labour*: munkát és vajúdást 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. A munkahelyi kontextus szerepe kulcsfontosságú, sokszor csak az intézményen kívüli szüléseknél dolgozó bábák gyakorlatában jelenik meg explicit módon az érzelmi munka jelentősége (Hunter 2001). Ezzel szemben számos kutatás igazolja, hogy élettani, szövődménymentes vajúdás és szülés elősegítésének egyik alapvető hatótényezője a folyamatos vajúdás-támogatás, mely nem elsősorban medikális ellátásból, hanem érzelmi-fizikai támasznyújtásból áll (Lundgren és Dahlberg 2002; Romano és Lothian 2008; Lundgren és mtsai 2009; Héjja-Nagy 2014; Varga 2015). Az érzelmi támasznyújtás szakmai kompetenciaként tanulható és tanulandó képesség (Hunter 2001).

A szülést kritikai szempontból értelmező szerzők szerint a hatalomgyakorlás többnyire az intézményes (szülészeti) erőszakban realizálódik, melynek következménye lehet a vajúdo nő kompetenciájának és önrendelkezési jogának figyelmen kívül hagyása (Kitzinger 2008; Zimmerman 2010; Kisdí 2012; Varró 2015). Ezt jeleníti meg az egyik interjúalany megfogalmazása is: „hogymondjam meg az orvosnak, hogy szerencsétlen vajúdo szeretne ülni...” (Anna). Az aktív szülésvezetés a vajúdot passzív szerepbe kényszeríti, és ebből adódik, hogy még felkínált döntési helyzetekben is páciensként viselkednek (Keating és Fleming 2009). A medikalizált szüléskultúra komplex rituálé-sorozatot használ a szülés deperszonalizációjára, deszexualizálására, a folyamat szabályozására. A személyes élményből orvosi eset lesz, a szülés pedig átlagos operáció, „mozgásképtelen” beteggel, akinek kompetenciája nincs. A horizontális (hanyatt fekvő) szülés a férfi-nő, orvos-páciens hierarchiáját fejezi ki sokak számára (Kisdí 2012, Kitzinger 2008).

Bizonyos szerzők szerint az aktív szülésvezetéssel, hierarchikus rendszerben működő szülészeten nagyjából olyan hangulat, munka és légkör uralkodik, mint az intenzív osztályokon (Keating és Fleming 2009). Ez egybeesik interjúalanyaink tapasztalatával is: „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” (Mária). A szigorú hierarchia következtében minden szereplő komoly stresszhatásnak van kitéve, mely gyakran vezet traumatizációhoz (Molnár 2015; Kovács 2006). A vajúdo tárgyiasítása és

---

<sup>5</sup> A bábai modell definíciója szerint (Gould 2000) a normál szülés esetében a nő inherens szülési képességét tiszteletben tartjuk és elősegítjük.

elidegenítése egyszerre tünete a személyességet nem tűrő öncélú hatalomgyakorlásnak, és a szakemberek másodlagos traumatizációjának és kiégésének. Az interjúkban másodlagos traumatizáció tüneteit ismerhetjük fel, Anna és Mária is erős érzelmi reakciókról számolnak be, önvádról és büntudatról beszélnek, végül a beletörődésről:

Én szerintem nem álltam ki érte annyira, amennyire kellett volna. A saját hierarchiámban már nem harcolok belül, én azért bőgtem, hogy én tanulóként, meg az első egy évemben mennyi embernek árthattam. (Anna)

Maradt bennem egy iszonyat nagy tehetetlenség-érzés, úgy elkezdtem sírni, mikor ezt a napomat elmeséltem, besokalltam a nőktől, a szülésektől, az érzelmektől, a mindentől. (Mária)

A hatalmi berendezkedés és diskurzusok szempontjából mindez úgy értelmezhető, hogy a természet, a női test folyamatainak uralásáért folytatott harcban a vajúdo végső soron csak passzív szereplőként: a segítség céljaként, és nem aktív résztvevőként, saját teste feletti döntésekben felelős és kompetens személyként vesz részt<sup>6</sup>. Ugyanakkor a hierarchia alárendeltebb pozícióiban elhelyezkedő segítő szakemberek — jellemzően nők — is áldozatnak érezhetik magukat. Interjúinkban számos utalást találunk arra, hogy hányszor kell a hierarchikus működésmód (tehát nem újabb információ, hanem a protokoll, vagy az öncélú hatalomgyakorlás) miatt, különböző szereplőknek ismételten megvizsgálni a vajúdot („utánvizsgálok az orvosnak”, „megvizsgáltam — ment a szülésznő, megvizsgálta”). A medikális szemlélet tehát akkor válik a hatalom és erőszak gyakorlásának eszközévé, ha 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”.

A dúla szó jelentése: asszonytársi segítő; a *midwife* (angolul: bába) szó jelentése: a nő mellett, a nővel lenni, azaz a vajúdás autentikus folyamatát aktív vezetés helyett kísérni érdemes. A patriarchális működésmód éppen az egyenrangú, vajúdot kompetensnek és aktív szereplőnek tekintő női (tehát *gendered*: nem-specifikus) segítségnyújtás érvényesítését lehetetleníti el.

---

<sup>6</sup> A modern medikalizált szüléskultúra a nő testén keresztül kísérli meg uralni és szabályozni a természetet. A posztmodern szüléskultúra ezzel szemben a női test dekolonizációjára törekszik, a vajúdás/szülés kulturális értelmezésektől, és az ebből adódó kényszerektől való megszabadítására. A felelős, kompetens öngondoskodást és tudatos felelősségvállalást hangsúlyozza. Ebben a szemléleti keretben a szülés nem az orvostudomány szolgáltatása, hanem a nő tudatos felkészüléssel megerősített ösztönös tudása. Holisztikus szemléletében a hagyományos és modern tudomány lehetőségeire is támaszkodik (Kisdi 2012).



## Az elemzés korlátai

Az IPA elemzések kis elemszámú mintával dolgoznak, és nem általános összefüggéseket, hanem az egyedi mintázatokat tárják fel. A módszer felvállalt jellemzője, hogy az interjúk elemzésénél a kutatók szakirodalmi olvasottsága, szemléleti keretei tudatosan befolyásolják a kapott eredmények értelmezését. Az itt közzétett esettanulmányban ismertetett két interjú egy nagyobb kutatási mintába illeszkedik, az eredmények, értelmezések és összefüggésrendszerek a teljes kutatási anyag feldolgozásával nyerik majd el végső mélységüket és relevanciájukat.

## Felhasznált irodalom

- Berán Eszter. 2014. „[Feminista diskurzusok és a pszichológiai kutatás metszéspontjai: a narratív megközelítés.](#)” *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat* 4 (2): 68–90. Letöltés: 2017. július 15.
- Buda Béla. 1999. „Orvos-beteg kapcsolat a nőgyógyászatban és ennek pszichoterápiás lehetőségei.” In Buda Béla. *A pszichoterápia alapkérdései*. Budapest: Országos Alkoholológiai Intézet és TÁMASZ Alapítvány. 29–33.
- Csabai Márta, Csörsz Ilona és Szili Katalin. 2009. *A gyógyító kapcsolat élménye*. Budapest: Oriold és Társai.
- Davis-Floyd, Robbie. 2003. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: California UP.
- Gergen, Kenneth J. and Mary M. Gergen. 1983. „Narratives of the self.” In Theodore R. Sarbin and Karl E. Scheibe (eds.) *Studies in social identity*. New York: Praeger, 254–273.
- Gould, Debby. 2000. „Normal birth: a concept analysis.” *Journal of Advanced Nursing* 31: 418–427.
- Héjja-Nagy Katalin. 2014. *A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében*. Szakdolgozat. Budapest: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális Szaktanácsadó Szakirányú Továbbképzés.
- Herman, Judith. 2011. *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó–NANE Egyesület.
- Hoyer Mária. 2002. „Tekintélyelvűség vagy autonómia? Szülészeti-nőgyógyászati beavatkozások döntéselőkészítése.” *Pszichoterápia* 11 (6): 440–452.

- Hunter, Barbara. 2001. „Emotion work in midwifery: a review of current knowledge.” *Journal of Advanced Nursing* 34 (4): 436–444.
- Keating, Anette and Valerie E. M. Fleming. 2009. „Midwives’ experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective.” *Midwifery* 25: 518–527.
- Kisdi Barbara. 2012. „A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete.” *Néprajzi Látóbatár* 3: 23–44.
- Kitzinger, Sheila. 2008. *A szülés árnyékában. Katarzisz vagy krízis?* Budapest: Alternatal.
- Kovács Mariann. 2006. „[A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében.](#)” *Lege Artis Medicinae* 16 (11): 981–987. Letöltés: 2017. július 15.
- Larsson, Christina, Sissel Saltvedt, Gunnar Edman, Innela Wiklund and Ellika Andolf. 2011. „Factors independently related to a negative birth experience in first time mothers.” *Sexual and Reproductive Healthcare* 2: 83–89.
- Lundgren, Ingela and Karin Dahlberg. 2002. „Midwives’ experience of the encounter with women and their pain during childbirth.” *Midwifery* 18: 155–164.
- Lundgren, Ingela, Sigfridur Inga Karlsdottir and Terese Bondas. 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.
- Mitchell, Juliet. 1974. *Psychoanalysis and Feminism*. London: Penguin.
- Molnár Judit és Frigyes Júlia. 2012. *A mesterséges megtermékenyítéstől a szülés utáni depresszióig. A szüléset pszichológiai-pszichiátriai problémái és terápiás eszköztára. Oktatási anyag az azonos című tanfolyamhoz.* Kézirat. Budapest: Vadaskert Alapítvány.
- Molnár Judit. 2015. „Posztpartum poszttraumás stressz szindróma.” In Kuritárné Szabó Ildikó és Tisljár-Szabó Eszter (szerk.) *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna*. Budapest: Oriold és Társai, 203–216.
- Rácz József, Kassai Szilvia és Pintér Judit Nóra. 2016. *Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. Budapest: L’Harmattan Kiadó.
- Romano, A. M. and J. A. Lothian. 2008. „Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence.” *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 37 (1): 94–105.

- Smith, Jonathan A. and Mike Osborn. 2007. „Interpretative Phenomenological Analysis.” In: Jonathan A. Smith (ed.) *Qualitative Psychology*. London: Sage, 53–80.
- Smith, Jonathan A., Paul Flowers and Michael Larkin. 2009. *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research*. London: Sage.
- Soltész Andrea, Rigó Adrien és Pápay Nikolett. 2015. „Az együttszülés jelentősége.” In Pápay Nikolett és Rigó Adrien (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 353–370.
- Székely Zsófia. 2011. „[Szülés—család—párkapcsolat. Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal.](#)” *Kapocs* 10 (1). Letöltés: 2017. december 18.
- Székely Zsófia. 2016. „‘Ilyenkor szoktam remegni...’ — rendhagyó esettanulmány egy kutatási interjú alapján.” *Lélekelemzés* 11 (1): 79–91.
- Varga Katalin és Suhai-Hodász Gábor. 2010. *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Budapest: Pólya Kiadó.
- Varga Katalin, Andrek Andrea és Herczog Mária. 2011. „A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága.” In Danis Ildikó, Farkas Mária, Herczog Mária és Szilvási Léna (szerk.) *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei. Biztos Kezdet Kötetek 1*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 230–281.
- Varga Katalin. 2009. „Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai.” In Bagdy Emőke, Demetrovics Zsolt és Pilling János (szerk.) *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 447–474.
- Varga Katalin. 2015. „A szülés élménye. Út a „jó minőségű” szüléshez, születéshez.” In Pápay Nikolett és Rigó Adrien (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 67–86.
- Varró Gabriella. 2015. „Így szülünk mi — szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon.” In Kisdí Barbara (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L’Harmattan Kiadó, 185—204.
- Vermes Katalin. 2012. „A jelen pillanat. Felpörgött idő és terápiás jelen a posztmodern kultúrában.” *Imago Budapest* 23 (2): 47–66.
- Zimmerman, Jennifer. 2010. „[Amit a feministáknak a szülés közben átélt nemi erőszakról tudniuk kell.](#)” *Emma Egyesület*. Letöltés: 2017. július 15.