

A szülés dimenziói

Az intézményi és az alternatív szülészetben egyaránt tapasztalatot szerzett
édesanyák társadalomtudományi vizsgálata

jelige: KRV927

A pályamunka lezárásának dátuma: 2022.07.03.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	3
2. A szülés-születés társadalomtudományi megközelítése.....	4
3. Szüléskultúrák és az ebbe ágyazódó szemléletmódok	6
3.1 Premodern – holisztikus születésmodell.....	6
3.2 Modern – technokrata születésmodell	7
3.3 Posztmodern – Humanisztikus modell, holisztikus születésmodell	8
4. Medikalizáció	10
4.1 Szülészeti medikalizáció.....	11
5. A szülés-születés hormonális háttere	12
6. A szülésélmény és a szülés módjának kapcsolata	14
7. Szülészeti változások napjainkban	15
8. Alternatív szülésmód: Otthonszülés	16
8.1 Az otthonszülés definíciója	17
8.2 Otthonszülés Magyarországon	17
9. Az otthonszülők.....	18
9.1 Az anyák informáltsága	20
9.2 A kórházi szülés és otthonszülés kockázata	23
10. A kutatás meghatározása	23
11. Vizsgálati populáció és módszer	24
12. Eredmények.....	25
12.1 A minta általános jellemzői	25
12.2 Felkészültség a kórházi szülés alkalmával	26
12.3 Kórházi tartózkodás, szülésélmény az otthonszülés fényében	30
12.4 Az otthonszülés gondolata.....	36
12.5 A tervezés és felkészülés időszaka a bábai modell szerint	40
12.6. Az otthonszülés élménye a kórházi szülés fényében.....	42
12.7 A szülés tágabb keretek között való értelmezése	45
13. Eredmények értelmezése, összegzése	47
14. Irodalomjegyzék.....	52

1. Bevezetés

A szülés-születés kitüntetett jelentőséggel bíró esemény mind az anya, mind az újszülött életében, hiszen valakit a világra hozni, illetve a világra érkezni egy ünneplésre okot adó, az érintettek életére óriás befolyással bíró esemény, melyet a várandósság hónapjai és a szülés-születés körülményei is befolyásolnak.

Minden kor és társadalom eltérő módon értelmezi a szülés-születés kérdéskörét, melyet a társadalomtudományok kitüntetett figyelemmel kísérnek. A szüléskultúrák és az ezekbe ágyazódó szemléletmódok által betekintést nyerhetünk az adott társadalom gondolkodási rendszereibe, az élet és halál, az egészség és betegség, a nemek közötti viszonyok értelmezéseibe és a hatalomról szóló diskurzusokba (Kisdi, 2011, 2019). A modern orvostudomány a perinatális mutatók javítása érdekében igyekszik alaposan megismerni és irányítani ezt a folyamatot, ám gyakran technikai, mesterséges eszközökkel, lévén az orvoslás, a gyógyítás, a „javítási vágy” irányából közelít. Ennek köszönhetően a szülésről ma már a hétköznapi beszéd mód is medikalizált, technokrata fogalmakra épít, mert a kórházi gyakorlat ezekre alapoz és ezeket erősíti meg (Kisdi, 2013a, b). A szülés a medikalizáció folyamatában a biomedikális szektor része lett, s olyan eseménnyé vált, amelyet orvosi ellenőrzés hat át, s amelyben – a folyamatot irányító szakemberek szaktudásából adódóan – korlátozottan veszik figyelembe a szülés-születés lelki és szociális folyamatait. Pedig a várandósság során és a szülés pillanatában a nőből édesanya lesz, a férfiből édesapa, amely lélektani szempontból is hatalmas jelentőséggel bír, továbbá új kapcsolatok nyílnak meg, ami az újdonsült anya és apa szociális környezetében és társas viszonyaiban is módosulásokat eredményez. Az elmúlt évtizedek kutatásai szerint nem elég tehát, hogy a szülés fizikailag sikeresen lezajlik, mert a szülésmód, a szülés minősége hosszútávú, sőt transzgenerációs hatásokat von maga után mind az anya, mind az újszülött, végső soron pedig a társadalom életében (Varga – Suhai-Hodász, 2002, Varga, 2019).

A szülés medikális felfogását és kezelését megkérdőjelező édesanyák¹ nemzetközi szinten (elsőként az Egyesült Államokban) az 1960-as években az alternatív szülésmódok felé fordultak. Ennek egyik formája az otthonaszülés, amelyben kiteljesedik a medikalizáció kritikájára épülő alternatív szüléskultúra. Saját eredményeim összecsengenek a korábbi vizsgálatokkal (Kisdi, 2013a, Descieux-Parlier, 2017), amely szerint a kulcs az otthonszülő nőket jellemző szemlélet, amelyhez hozzájárulhat a normáiknak nem megfelelő szülésélmény. Nem magát a kórházi háttérrel utasítják el, csak azokat a gyakorlatokat, amelyek nem a szülés

¹ És édesapák, de ennek jellemzőiről nem sokat tudunk, a kutatások általában a nőkkel, a női szereplőkkel foglalkoznak.

természetes lefolyását támogatják egészen addig, amíg valódi probléma nem lép fel. Tehát alapvetően a preventív rutin eljárásokat, illetve a reprodukív jogok negligálását. Az alternatív szülészeti igénylő és igénybe vevő nők és családok, illetve az azt megvalósító szakemberek körül hálózatos formában jelent meg Magyarországon is a rendszerváltástól kezdődően az alternatív szülés mozgalom, amely az alternatív szülészeti mondanivalójának széleskörű megismertetése és elterjesztése révén kívánja a szülészeti az új perinatális ismeretek köztudatba építésével, alulról építkezve megreformálni. Ennek halvány hatásait már láthatjuk Magyarországon is a családbarát szülészeti elvek megjelenésével,² még akkor is, ha ezek egyelőre még nem kötelező jelleggel követendő, csak javasolt eljárások.

Dolgozatomban olyan édesanyákkal készítettem félig strukturált interjút (N=10), akik első gyermeküket kórházban, egy második vagy többedik gyermeküket pedig otthon hozták világra. Arra voltam kíváncsi, hogy miképpen jött létre és artikulálódik az otthoni szülés gondolata a kórházi szülés tapasztalata után, s hogyan fogalmazzák meg a szülés-születés értelmezésének különbségeit ezek a nők kétféle tapasztalatuk alapján.

2. A szülés-születés társadalomtudományi megközelítése

A szülés-születés kérdésköre a kultúra által meghatározott, világképbe ágyazott, e keretek közül kiragadva nem értelmezhető kérdéskör. A szülésről való gondolkodást és a szülés-születés módját meghatározza az a társadalmi közeg, amelyben az egyén szocializálódott, hiszen az ezen közeghez kapcsolódó kultúra értelmezési kereteket jelöl ki a reprodukció fogalmának értelmezése és módja kapcsán, mely a modern társadalmakban rendkívül szerteágazó lehet (Losonczi, 1999). Az egyén, a család és a társadalom számára fontos eseményt a különböző társadalmak különböző értelmezési rendszerekbe ágyazzák. A fogantatástól kezdve a szülésen át a gyermekágyi időszak végéig meghatározott szabályrendszert épít ki minden kultúra és közvetíti azt a társadalom számára (Benedek H., 1998). Tehát „az, hogy hogyan szülünk, elsősorban azon a szocializációs folyamaton múlik, ami életünk során felkészít bennünket arra, hogy értelmezni tudjuk a reprodukció értelmét és módját” (Kisdi, 2011, 107.o.).

A szülés kultúrtörténetével a társadalomtudományok különböző területei foglalkoznak. A vizsgált szűk témára Magyarországon különösképpen, de világviszonylatban is kevesen

² Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról (Magyar Közlöny 2019 (20): 2193-2212)
https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

fordítanak figyelmet. Mint azt Kisdi Barbara antropológus felvázolja (2013a, 30.o.), a néprajz eredményei rávilágítanak a szülés-születésértelmezés, illetve az azt körülvevő szokásrendszerek kultúrafüggő voltára, ám ezzel párhuzamosan nem kezelik a szülés kérdéskörét globális problémaként. A szülés és a születés szociológiai vizsgálatai rendszerint a demográfiai adatelemzés segítségével keresik a válaszokat. Az orvosi szociológia, illetve az egészségszociológia kutatásai segítségével tanulmányozhatjuk az alternatív szülésmódokat, ám maguk az otthonaszülés kérdésével érdemben nem foglalkoznak. A perinatális pszichológia már közvetlenül is érinti az alternatív szülésmódokat, mivel a szülés pszichológiai vonatkozásait elemzi. A szülés-születés, mint kulturális jelenség korántsem volt egyértelmű témája az antropológiai irodalomnak egészen az 1970-es évek végéig (Kisdi, 2013a, 30.o.). Brigitte Jordan (1983) volt az első, aki felhívta a figyelmet arra, hogy a szülés nem pusztán biológiai-fiziológiai-pszichológiai folyamat, hanem kulturálisan is meghatározott esemény (Jordan, 1983). A feminista küzdelmek hatására egyre több tanulmány született a szülés kulturális kérdéseivel kapcsolatban. Ezekben az írásokban nagy hangsúlyt kap a technicizált szülés kritikája, amely mesterségesen próbálja meg felváltani a hagyományos szülészeti eljárásokat, figyelmen kívül hagyva annak kulturális vonatkozásait és társadalmi következményeit. Az 1980-as években egyre több olyan tanulmány jelent meg, amelyek azt a gondolatot támasztották alá, hogy a nyugati világ szülészeti gyakorlatai is kultúrához kötöttek, amelyek csak az adott kultúra keretei között értelmezhetőek (Kisdi, 2013a, 32.o.). A '90-es években a kutatók arra hívták fel a figyelmet az úgynevezett „új reprodukciós technológiák” használatával kapcsolatban, hogy ezek az eszközök az előnyeikkel együtt rengeteg kárt is okozhatnak, és rutinszerű alkalmazásuktól óva intenek (Kisdi, 2011, 109.o.). Csak a 20. században jelent meg az az igény, hogy a szülések pozitív élményként maradjanak meg mind az anya, mind a gyermek tudatában, hiszen a jóléti társadalom kibontakozásának hatására megváltozott a gyermekekhez való viszony, hiszen a nők rendszerint kevesebb gyermeknek adtak életet. Ezeknek az igényeknek a hatására újra előtérbe kerültek a preindusztriális vagy népi szülészeti eljárások elemei, melyek az alternatív szülészeti módszerek filozófiájában és gyakorlataiban teljesedtek ki (Varga – Suhai-Hodász, 2002), ugyanakkor az új iskolák beépítették rendszerükbe a pszichológiai megközelítésmódokat, a hormonális ismereteket, később pedig a genetika, majd az epigenetika és a Magyarországon nem létező midwifery science eredményeit is. Ezek

összességében alakult ki az alternatív szülési filozófia, amit Robbie Davis-Floyd amerikai antropológus után holisztikus születésmoddnek neveznek³ (Davis-Floyd, 2003).

3. Szüléskultúrák és az ebbe ágyazódó szemléletmódok

Ha a szülés-születés témakörében gondolkodunk, egy igen összetett rendszerrel találjuk szemben magunkat. A világ különböző népeinél megjelenő születéskultúrákat Kisdi Barbara három nagy kategóriába sorolja, ezzel nem kizárva a további altípusokat (Kisdi, 2012). Ezek a kategóriák átfedésben állhatnak és hatást is gyakorolnak egymásra a globalizálódó világ hatására. A premodern, modern és posztmodern szüléskultúra elnevezés az időbeli elhatárolódás helyett elsősorban három egymástól a szülés-születés elvi háttérében elkülönülő szemléletmódra utal (Kisdi, 2012, 24.o.). Az adott születéskultúra tehát abban ragadható meg, hogy az adott kultúra hogyan viszonyul a szülés-születés témaköréhez, hogyan kezeli az anyát, a magzatot, mik az általános elképzelései a témával kapcsolatban (Kisdi, 2015a, 400.o.).

3.1 Premodern – holisztikus születésmodd

A professzionális szülészet térhódítása előtti, vagy azon kívüli rendszereket sorolhatjuk a premodern szüléskultúra kategóriájába (Kisdi, 2015a, 398.o.). A premodern szüléskultúrák jórészt a „hagyományos” társadalmakban lelhetőek fel, ám világviszonylatban még ma is sok helyen létező gyakorlatról van szó – olykor a modern szüléskultúra mellett, vagy inkább azon kívüli rendszert alkotva egyetlen államon belül. A premodern szüléskultúrák figyelmének középpontjában a szülő nő és a magzat áll, akiknek a védelmét kitüntetett figyelem övezi előírások és tabuk, gyakorta mágikus gyakorlatok formájában. A szülés helyszínét, az újszülöttel kapcsolatos teendőket a közösségi, családi hagyomány szabja meg, a szülő nő akarata, mint individuumé, elhanyagolható. A szülés a közösség női tagjait összekötő esemény. A sikeres szülést biztosító rítusok elvégzésén keresztül a férfiak feladata a női test kulturális felügyelete.

A premodern szüléskultúra szemléletmódja holisztikus, mely feltételezi, hogy a szülés alapvetően egy olyan misztikus esemény, amelyből lehetőségünk van tanulni, de kontrollálni nem vagyunk képesek azt. Elvei szerint a terhes nő és a gyermeke elválaszthatatlan testi-lelki egységet alkot (Varga – Suhai-Hodász, 2002, 110.o.). Fontos, hogy a szülés nem orvosi, hanem családi esemény, tehát a szülés folyamatában a legfontosabb szociális egység nem az intézmény

³ Davis-Floyd a hagyományos szülésmodelleket is holisztikus születésmoddnek nevezi, míg a modern kórházi gyakorlatot technokratának, mivel sem a hagyományos, sem az alternatív nem választja szét a test és a lélek, illetve az anya és a magzat szükségleteit.

(kórház), hanem a család. A holisztikus szülésmodell a szülést, mint folyamatot alapvetően természetesnek, egészségesnek és biztonságosnak tekinti, tehát nem potenciális vészhelyzetként tekint rá.

3.2 Modern – technokrata szülésmodell

A szülés népesedéspolitikai felügyeletének, illetve a perinatális mutatók javításának vágyától hajtva a 20. század közepén szerte a modern társadalmakban a szülés kórházi keretek közé került. A modern, medikalizált kórházi szülemódnak köszönhetően a társadalmi ellenőrzést felváltotta az intézményi keretek közé szorított orvosi felügyelet. A modern születekultúra a biomedikális gyógyító szektor része, amely a professzionális, az ipari társadalmakban az aktuális hatalom által elismert gyógyító rendszert jelenti (Kisdi, 2015a, 399.o.). A hazai születeseti gyakorlatban az orvos foglalja el a hatalmi pozíciót, ő az, aki utasításokat ad, ő hozza meg a végső döntést, és jogosult arra, hogy sebészeti beavatkozásokat végezzen a nő testén (Hadas, 2010). Ebben a logikában a szakértő (orvos) felülírja a szülő nő ösztönös tudását, egyfajta hierarchikus viszony jelenik meg, ami rejtett, ám a várandósgondozás, majd a kórházi tartózkodás alatt tetten érhető (Kisdi, 2020, 90.o.). A modern születekultúrát kritika alá vonó Sheila Kitzinger antropológus szerint a kórházi rendszer intézményi hatalomként működik, olyan totalitárius intézményekhez hasonló szertartásokkal, melyeknek célja a hatalom kézben tartása, az ellenőrzés, a felügyelet (Kitzinger, 2008, 39.o.). Herczog Mária szociológus szerint (2007, 24.o.): „a szülés Magyarországon többnyire még mindig olyan beavatkozás, amelyet a nő és a gyerek elszenved az orvos, az egészségügyi személyzet professzionális segítségével. Rengeteg misztikus hit és félelemmel vegyített képzet övezi. A várandós nőre kórházi szerepek között többnyire passzív szerep jut. A műtőben minden a szakszerűséget és higiéniét szolgálja, termelésszerűen, protokoll alapján, amely olyan vizsgálatok, adminisztráció és tevékenységek sorát jelenti, ami elidegeníti és üzemszerűvé teszi a folyamatot a jogos pátoasz és megindultság helyett.” Az orvosi gyakorlat szerint a szülés sikeressége az orvos tanult tudásának hozadéka. A várandósság-szülés-gyermekágyi időszak is a kiépült kórházi intézményrendszer része a modern születekultúrában, mindegyiket külön szakember felügyeli, mindannyian különböző funkciókat töltenek be e részekre tagolt kérdéskörben. A modern szülemódok a tudomány, a technika és a haladás kifejezésekkel írhatóak le, és a megelőző eljárások itt elsősorban technikai jellegűek (Kisdi, 2012, 25.o.). A technokrata születekmodell lényege a szülés körülményeinek (helyének, idejének), módjának szabályozása és betartatása a perinatális mortalitás csökkentése céljából a modern technológia segítségével (Kisdi, 2019, 76.o.).

Ahogy Davis-Floyd fogalmaz, a technokrata szülésmodell központi eleme az úgynevezett „technokrata kényszer”, ami azt jelenti, hogy ha valamiben segítségül hívható a technika, akkor segítségül is kell hívni (Davis-Floyd 2003, 73-150.o.). Pszichológiai kutatások jelzik, hogy az, hogy oly’ sok technikai eljárásra van szükség a várandósság során is, már elindítja azt a folyamatot, hogy a nő inkompetensnek érezheti magát, és megkérdőjelezi azt, hogy valóban képes-e egy gyermek világrahozatalára. Varga Katalin pszichológus rámutat, hogy a nő számos pszichés utalást kap arra, hogy valami nincs rendben vele, hiszen kismamának szólítják, *terhesgondozásra* jár, majd a *kórházba* megy, és az *orvos*, előbb a *fájásai* iránt érdeklődik, később erősíti a fájásokat, majd *levezeti* a szülést (Varga – Suhai-Hodász 2002, 93.o.). Davis-Floyd szerint a technokrata szülésmodell annak a társadalmi gyakorlatnak a kifejeződése, hogy az ember hatalmat szeretne egy olyan folyamat felett, ami valójában nem az ő hatáskörébe tartozik, hiszen a kontrolálhatatlan természetes folyamatokat kívánja kontrolálható és kiszámítható jelenségekké tenni, ezzel hangsúlyozva az ember felsőbbrendűségét a természet felett (Davis-Floyd, 2003, 73-150.o.). A modern szüléskultúra a descartes-i hagyománynak megfelelően a testet és a lelket külön kezeli, szemben a holisztikus szemlélettel, ahol a test és a lélek elválaszthatatlan egységet alkot (Varga – Suhai-Hodász, 2002).

A modern szüléskultúra annak ellenére került a kritikai mozgalmak célkeresztjébe, hogy a szülések kórházba terelése óta jelentősen csökkent a perinatális mortalitás és morbiditás aránya, de nem szabad megfeledkezni arról, hogy ez az esemény egybeesik több olyan társadalmi változással, amelyek szintén szerepet játszottak a pozitív fordulatban (az infrastruktúra, az általános higiénia, a kommunikációs rendszerek fejlődése, az információhoz való hozzájutás lehetőségének kiszélesedése, a nők társadalmi helyzetének megváltozása, a családszerkezet átalakulása, a technológia és az orvostudomány robbanásszerű fejlődése, stb) (Varga – Suhai 2002). A kritika pedig nem magára a kórházi szülemódra, hanem az elidegenedett gyakorlatra vonatkozott, különösen annak fényében, hogy világossá váltak a szülés minőségének rövid- és hosszútávú lehetséges következményei (Varga, 2019).

3.3 Posztmodern – Humanisztikus modell, holisztikus születésmodell

A harmadik szegmens a posztmodern szüléskultúra (Kisdi, 2015a, 399.o.). A modern szüléskultúra kritikusai arra a kérdésre keresik a választ, hogy az orvosi gyakorlat miként válaszol a technokrata társadalom természetes folyamatoktól való félelmére, amelyektől a tudomány segítségével sem tudjuk függetleníteni a létünket (Davis-Floyd, 2003).

A posztmodern szüléskultúra újraértelmezi a modern szemléletet, magáévá teszi annak előnyeit, ugyanakkor új szempontokat is bevon. (Kisdi, 2019, 76.o.). E megközelítés hangsúlyozza a szülés női voltának jelentőségét. A szaksegítség nem irányítja, vezeti a szülést, hanem kíséri, szinte minden esetben egy nő, a szülésznő/bába⁴ személyében. A szülést alapvetően nem orvosi, hanem családi eseményként értelmezi. Közös a premodern szüléskultúrával, hogy a perinatális eljárások pszichés jellegűek. A posztmodern szüléskultúra elvi szerint a szülés sikere a természetes folyamatok támogatásának mértékén és módján múlik, aminek egyik fontos kulcsaként értelmezik a szülő nő saját testébe vetett bizalmát, amelyet a szülést támogató szakember megerősít. Fenntartja a mesterséges beavatkozások lehetőségét, de csak abban az esetben, ha az valóban, orvosi szempontból indokolt. Ennek eldöntését a szakember (bába) felelősségének tartja, ám addig a szülő nő kezébe helyezi a kontrollt és a felelősséget (Kisdi, 2013a, 61-63.o.). A posztmodern szüléskultúra sokféle elv és gyakorlat gyűjtőneve, így magába foglalja a szülő nő test- és öntudatosságának, illetve ismeretbővítésének támogatását, a nőközpontú szemléletet, Frederick Leboyer gyengéd szülés és gyengéd születés elvét (Leboyer, 1994, 2008), Michel Odent elméleteit az endogén oxitocin szerepéről (2003) illetve a vízben szülés és vízben vajúdás módszerét (Odent, 1994), vagy az alternatív fájdalomcsillapító eljárásokat (Kisdi, 2012, 26.o.). Az otthonaszülés esetében a holisztikus szülésmodell szinte teljes normarendje megvalósul.

A holisztikus születésmodell megjelenik mind a premodern, mind a posztmodern születéskultúrában. Mindkét típusban aktív félként kezelik a szülő nőt, de a hagyományos társadalmakban elsősorban a tapasztalatra alapoznak, míg a posztmodern szüléskultúra hangsúlyt fektet a tanult tudásra, így az ösztönök mellett a tudás is fontos szerepet kap, s ezzel megszületik a tudatos szülés kategóriája (Kisdi, 2015a, 405.o.). A kórházakban a holisztikus szemléletmódra válaszul megjelent a Davis-Floyd által „humanistának” nevezett modell, amely elveiben egyetért a holisztikus születésmodellel, azonban a gyakorlatban nem képes azt maradéktalanul megvalósítani kórházi keretek között (Davis-Floyd, 2003). Ebből is látszik, hogy a valóságban nem csak a két végpont létezik, a „holisztikus” és a „technokrata” szülésmodell, hanem ezek értékei keverednek egymással, amely végül kisebb-nagyobb változásokat generál.

⁴ A szülésznő és a bába ugyanannak a szakmának eltérő felfogásmódjára utal. A szülésznő és a bába ma ugyanazzal az egyetemi diplomával rendelkezik, ám míg a szülésznő a medikalizált rendszerben segíti az anyákat, a bába vagy az otthonaszülésben, vagy – utalva holisztikus szemléletére – így nevezi magát a kórházi kereteken belül is.

Az „alternatív szülés” pártfogói szerint minden nő természetéből adódóan rendelkezik azzal a tudással, ami a szüléshez kell. „A holisztikus szülésmodell feltételezi, hogy a nő ösztönszerűen tudja, hogyan növekedik testében a magzata, illetve, hogy hogyan kell világra hoznia, és elsőrendű feladatának az e tudásba vetett bizalom erősítését tartja a megfelelő információk átadása és pszichés megerősítés révén.” (Kisdi, 2013a, 61.o.).

4. Medikalizáció

A 18. század vége óta tartó folyamatot, amely a biomedikális szektor megerősödését jelenti, medikalizációnak nevezzük (Szántó – Susánszky, 2002, 28.o.). A laikus társadalmak az orvoslás intézményesülése és a medikalizáció révén orvos-orvoslásfüggőek lettek, sőt, ahogy arra Foucault rámutat, az egész emberi életet az orvostudomány irányítja a születéstől a halálig (Foucault 1996, idézi Kisdi, 2013a, 35-36.o.). Foucault szerint a 18. század végén végbemenő változások hatására a hatalomgyakorlás új formái jelentek meg, mely hozzájárult a hatalom, az egyén és a társadalom értelmezésének változásához. Létrejötték új intézmények, amelyek a hatalomgyakorlás jogával élnek, és ezek az intézmények (például: börtön, kórház, elmeegógyintézet) olyan eljárásokat és mintákat hoznak létre, amelyek társadalmi modellként is értelmezhetőek, és a társadalmi célok megvalósításának eszközeivé válnak. „Az orvosi hatalom is egyfajta ellenőrzésben nyilvánul meg, amelynek elsődleges célja nem az elnyomás, hanem a beavatkozás, a jelenlét állandó lehetősége, illetve adott témák feletti diskurzus irányítása, birtoklása” (Foucault 1996, idézi Kisdi, 2013a, 36.o.). A biomedikális rendszerben a gyógyítás szinte minden esetben a modern kor vívmányival és a modern kor technikai eljárásával történik az intézményi kultúra hatalmi felelősei, az orvosok felügyeletével (Kisdi, 2019, 76-77.o.).

A világban lezajló történelmi-gazdasági-politikai folyamatok hatalmi eszközökkel segítették és szabályozták a medikalizáció kiteljesedését. Magyarországon a második világháború után államosították az egészségügyet, betiltották azon eljárásokat, amelyeket a rendszer nem tekintett tudományosnak (például természetgyógyászat) és kiterjesztették az orvoslás befolyását az egészséggel kapcsolatos egyéb területekre, mint a betegállományba vételre, a terhesség és a szülés folyamatára, az öreggondozásra vagy a magatartási zavarok kezelésére (Kisdi, 2013a, 37.o.).

Az orvoslás hatalma megnyilvánul abban is, hogy az emberek érzelmileg kötődnek az orvoslás szakembereihez, hiszen az életünk minden területére nyúló befolyása van, a születéstől kezdve az egészségen, betegségen túl a halálig. Megjelent az orvos, mint „karizmatikus személyiség”, aki a veszélyt több-kevesebb sikerrel képes elűzni (Sági, 2002, 79.o.).

Megerősödött az orvosi eszköztárba, a technológiába vetett hit, az orvostudományi kutatások alapján kifejlesztett gyógyszerek pedig kiszorították és elfeledtetették a hagyományos gyógyítási módszereket. Miközben azonban a nyugati társadalmak egyre erőteljesebben hagyatkoztak az orvosi tudásra, az intézményesülés következtében felerősödő elidegenedés hatására a bizalomvesztés is megjelent az orvoslás abszolút tekintélyével szemben. Ennek eredményeképpen bukkantak fel a nyugati országokban az alternatív gyógyító mozgalmak, amelyek a rendszerváltás után a kelet-európai országokat is elérték (Kisdi, 2013a, 38.o.).

4.1 Szülészeti medikalizáció

Magyarországon állami rendelet hatására terelték kórházakba a szüléseket az 1950-es években, amit a 70-es évekre sikerült maradéktalanul megvalósítani (Novák, 2015, 162-163.o.). „A tervezett kórházon kívüli szülések aránya Magyarországon a XX. századra minimálisra csökkent. Megjelentek azonban a szülőotthonok, amelyek átmenetet képeztek a kórházi és otthon szülések között, és elsősorban a vidéken, falvakban élő családokat látták el. 2005-ben megszűnt az utolsó szülőotthon is, ezzel hivatalosan minden szülést egészségügyi intézményhez rendeltek” (Vincze – Lipienné, 2016, 420.o.).

A medikalizáció részeként átértelmeződött a szülési fájdalom kérdése is. A technokrata gyakorlat csak a beavatkozásokkal együtt járó fájdalmat tartja szükségszerűnek és elfogadhatónak, lévén az kiszámítható, a természetes szüléssel járó és azt segítő, ám kiszámíthatatlan fájdalmat viszont mesterséges megoldásokkal meg kívánja szüntetni – mintegy eleget téve a fogyasztói igényeknek (Kisdi, 2013a, 44.o.). A szülési fájdalom adaptív jellegére azonban még egészen korai kutatások is rámutattak (Melzack, 1977). A medikalizáció kiteljesedésével a betegségcentrikus világkép egyre jobban áthatotta a várandósság és a szülés témakörét, amely szerint az édesanya állapota diagnózist igényel, melynek felállításához csak az orvosoknak van eszköztára. A várandósság potenciálisan patológikus folyamattá vált, amely valamennyi várandósság és szülés esetében ennek megfelelő viszonyulást igényel (Bánfalvi, 2009, 27.o.). Az 1990-es évektől kezdve lehetünk szemtanúi annak, hogy a társadalom egyes csoportjai az immáron előre tervezett, magas szakmai felkészültséggel kísért otthonaszülés felé fordulnak, igényeiket a holisztikus születésmodell felfogása hatja át, hiszen a medikalizáció mértéke ekkor lépte át azt a határt, amelyet már a tudatos, felkészült anyák nem toleráltak tovább (Novák, 2015, 162-163.o.).

5. A szülés-születés hormonális háttere

Bálint Sándor szülészorvos, a természetes szülés mozgalom egyik kórházi szereplőjének hipotézise szerint „a természetes szülési viselkedés kódja (KÓD) minden nő pszichikumában megvan, már a megszületés pillanatában” (Bálint, 1991, 174.o.). Ez a kód a pszichikum alsóbb rétegeiben, a tudatalattiban helyezkedik el, és a szülésre való felkészítés során spontán is mobilizálódhat (Bálint, 1991, 174.o.). Carl Gustav Jung tanítása nyomán hangsúlyozza a kollektív tudatalatti és az ősképek fontosságát. Hangsúlyozza, hogy „a szülés, a születés archetípus, ősképek, s így az emberiség állandóan megismétlődő tapasztalatainak az üledéke. Továbbá olyan erő is, ami ugyanilyen tapasztalatok megismétlésére irányul.” (Jung 1981, 1990 idézi Bálint, 1991, 175.o.). A KÓD normál terhesség esetében, s ha minden ideális, akkor működésbe lép, és ezáltal természetes szülés zajlik le. A KÓD kiemelkedését (amely soha nem jut át a személyes tudatalatti határán) elősegítik és gátolják bizonyos cselekedetek az életünk során. Elősegíti az anyai szerepek gyakorlása, az anyaság látható jelei, a környezet és további pozitív példák. A kód felszínre kerülését gátolják a medikalizált orvoslás eseményei, a riasztó példák, a fájdalomcsillapítás, az érzéstelenítés (Bálint 1991, 176.o.) A medikalizált szüléset térhódításával egyre nagyobb szerepet kaptak az orvosok, a személyzet, a külvilágból érkező segítség, így ma már a nők ösztönszerű tudásának felszínre hozatala nem jelent prioritást (Bálint, 1991, 177.o.). Ami mára feledésbe merült, az a premodern szüléskultúrákban gyökerező gondolat, hogy a szülés a nő ösztönszerű tudásának eredménye, amelyre képes mindenféle beavatkozás és külső segítség nélkül. Az alternatív szüléskultúrák ezt a tudást szeretnék visszaadni a nők kezébe (Kisdi, 2020). Bálint Sándor rámutat, hogy a KÓD gyakorlás és szülésre felkészítő módszerek segítségével a felszínre hozható. A KÓD mobilizációjával „a terhességet szorongva viselő, a szülésen passzívan áteső szülőnő helyébe olyan nő kerül, aki tudatosan készül erre a nagyszerű eseményre, ismeretei vannak arról, hogy mi történik a terhesség és a szülés alatt, fizikailag és lélekben is felkészült a szülésre, annak aktív résztvevője” (Bálint, 1991, 178.o.).

Amiről Bálint Sándor 1991-ben KÓD-ként beszél szülészorvosként, arról ma már hormonális hangoltsággal beszél a perinatális pszichológia, és összefüggései mára már sokkal ismertebbé váltak. Esetünkben az a kérdés, hogy mi az összefüggés a háborítatlanság (preventív beavatkozások⁵ hiánya) és a jobb perinatális eredmények között. A perinatális időszak kiemelkedő fontosságú a várandósság idején, hiszen az ekkor megtapasztalt fiziológiai és pszichés változások mind az anya és az újszülött érdekeit szolgálják (Moberg, 2003, idézi

⁵ Olyan szülészeti beavatkozás, amely nem egy már felmerült problémát igyekszik elhárítani, hanem előrevetíti a lehetséges problémát.

Rados – Mészáros, 2017, 1149-1150.o.). Rados Melinda és Mészáros Judit pszichológusok elemzésükben arra a következtetésre jutottak kutatásaik alapján, hogy „a különféle beavatkozások jelentős stresszt jelentenek az anya és a magzat számára egyaránt” (Rados – Mészáros, 2017, 1154.o.). Tanulmányukból kiderül, hogy „a támogató fizikai és társas környezet, valamint a csak ténylegesen indokolt rutinszerű beavatkozások végrehajtása az egyéni fiziológiai és pszichés folyamatokkal kölcsönhatásban egy olyan nyugodt légkört képesek teremteni, amelyben a nők a szülés stresszével – támogató és gondoskodó környezetben – hatékonyan képesek megküzdeni, és egy biztonságos és kielégítő szülésélményben lehet részük” (Rados – Mészáros, 2017, 1155.o.). A kutatásokban az utóbbi időben egyre fontosabb szerepet kapnak a szülés minőségének hosszú távú hatásai. A császármetszés, amely hazánkban 2019-ben 42 %-ban érintette a szülő nőket, többféle hosszú távú magzati kockázatot jelent, mint például az asztma, az ekcéma, allergia, a gyermekkori leukémia, 1-es típusú diabétesz (Varga, 2019). A hazai kórházakban is nagy arányban alkalmazott epidurális érzéstelenítés (EDA) újszülöttre gyakorolt hatásával kapcsolatban számos negatív következményre hívták fel a vizsgálatok a figyelmet, például a szopási készségre vagy a hormonháztartás éérésére vonatkozóan (Varga, 2019). Az EDA csökkenti az anyában és a magzatban az endogén (saját termelődésű) oxitocinszintet, amelyet gyakran kívülről adagolt (exogén) oxitocinnal pótolnak, ami azonban nem idéz elő pozitív pszichoemotív kísérőjelenségeket (Varga 2019, 279.o.). Felerősíti és folyamatossá teszi azonban a méhösszehúzódásokat, gátolja a természetes oxitocin felszabadulását, csökkenti a béta-endorfin szintet, ami hozzájárulna a szülés extatikus élményként való megéléséhez (Varga, 2015). Bales és munkatársai állatkísérletek során arra a következtetésre jutottak, hogy az utódot a perinatális időszakban ért oxitocin-szintnek távoli és összetett hatása van a fejlődésre, ezen belül a társas kapcsolatok alakulására (Bales et al. 2007, idézi Varga 2015, 282.o.). Az oxitocin-termelés erőteljesebbé válik, a stresszhormon-szint kevésbé emelkedik, ha a szülő nő „jól” érzi magát, így jobban halad a szülés, kevesebb beavatkozásra van szükség, és könnyebben alakul a kötődés (Varga, 2015).

A szülés endogén stresszorai (amelyeket a fájdalom és a komplikációktól való félelem okoz) mellett a külső stresszorok (a támogatás hiánya, érzéketlen kommunikáció, távolságtartó szülésvezetés, túl sok ember jelenléte a szülőszobán, preventív rutinbeavatkozások, gyakori hüvelyi vizsgálat, rideg környezet) a „nyugalom és összetartozás” stresszválasz (Uvnäs-Moberg, 2003) helyett olyan stresszválaszt eredményez, ami csökkenti az endogén oxitocin termelődését, amely a méhösszehúzódások lassulásához, akár leállításához vezethet, további beavatkozásokat indukálva (Stenglin – Foureur 2013, idézi Rados 2017, 1150.o.).

6. A szülésélmény és a szülés módjának kapcsolata

Szülésélmény alatt „olyan egyéni életeseményről beszélünk, amely szubjektív módon megélt és értelmezett fiziológiai és pszichológiai folyamatokat foglal magába, amelyeket különböző társadalmi, környezeti szervezeti és politikai körülmények is befolyásolnak” (Larkin – Begley – Devane, 2009, 49.o. idézi Kisdi, 2016a, 322.o.).

Lundgren és munkatársai (2009) kutatásukban kimutatták, hogy a szülés élménye a nők életében örökre meghatározó. Vizsgálataik alapján a szülésélményben a legfontosabbnak a segítő személyzet gondoskodása, a személyi és tárgyi környezet, a férj jelenléte, a babával való találkozás, illetve a más nőkkel való sorsközösség élménye bizonyult. A pozitív és a negatív élmény eltérő irányba módosította az önbizalmat (Héjja-Nagy, 2015, 317.o.). „Azok a nők, akiket orvosa vagy szülésznője folyamatosan tájékoztatott az eseményekről, akiknek kikérték véleményét, beleegyezését egyes szakaszoknál, sokkal szívesebben emlékeznek vissza a szülés folyamatára. A nem betegként, hanem partnerként jelenlévők nem a megszokott kórházi hierarchiában érezték magukat” (Deákné – Markos – Engler – Várfalvi, 2019, 8.o.). Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a szülő nő személyes tapasztalatai, személyisége, előzetes élményei is meghatározzák szülésélményét (Héjja-Nagy, 2015, 321.o.).

A medikalizált szüléset jellemzője, hogy a kockázatmentes várandósságok is a baj előrevezetésével kezeltek, így sokszor az édesanyák alávetettek a kórházi rutineljárasoknak (Héjja-Nagy, 2015, 322.o.). A minél pozitívabb szülésélmények érdekében „A WHO és a Lamaze International által összeállított, a természetes szülést támogató hat lépés biztonságosabbá teszi a szülést az egészséges anyák és gyermekeik számára, mint az uralkodó kórházi rutineljárasok. Ez a hat lépés a következőket biztosítja: a szülés spontán indulása, mozgás szabadsága, folyamatos szüléskísérés, rutinbeavatkozások kerülése, spontán nyomás nem fekvő helyzetben, anyát és gyermekét nem különítik el” (Lothian, 2009, idézi Héjja – Nagy 2015, 322.o.). Az Ablak A Világra⁶ internetes oldalon lehetőség van a szüléssel kapcsolatos kérdőívek kitöltésére. A kérdőívet kitöltő 6907 anya 40%-ánál császármetszést végeztek, amely körülbelül tükrözi az országos átlagot.⁷ Ezen statisztikákból megtudhatjuk, hogy sok kórházban még mindig csak néhány percet van lehetőség a megszakítás nélküli bőrkontaktusra anya és gyermeke között.

Az otthonaszülésre való felkészítés holisztikusan szemléli az anyát és a családot, igyekeznek feltárni a lelki gátakat, elakadásokat, amelyek származhatnak korábbi szülésélményekből, kapcsolati konfliktusokból vagy ambivalens önértékelésből. Fontos, hogy

⁶ <https://ablakavilagra2.wixsite.com/ablakavilagra>

ezek a felkészülés során kiderüljenek, és ne a szülés során kerüljenek felszínre a traumatizáció következményei. Garai Mixi szülésznő meghatározásában (2016) a szülészeti erőszak „Minden olyan beavatkozás és bánásmód, mely a szülő nő beleegyezése (gyakran tudta) nélkül, illetve akarata ellenére történik vele vagy újszülöttjével, a szülészeti ellátás bármely szakaszában, ideértve a várandósgondozást, a szülés folyamatát, és a gyermekágyas időszakot is. Az emberi méltóság, a betegjogok, a szülő nő önrendelkezési jogának megsértése hatalmi pozícióból.” A strukturális erőszak jellemzője, hogy a hatalmi pozícióban lévők követik el, és jelenléte teljesen megszokottá vált mind a legtöbb édesanya, mind a közvélemény részéről. A szülészeten elszenvedett erőszak hatása azonos a nemi erőszakéval, elsősorban a poszttraumás stressz-szindróma képében jelentkezik, továbbá megnehezíti az anya-gyermek kötődés kialakulását és megerősödését, hatással van a gyermekvállalási kedvre, és jelentős terhet ró a családokra, illetve az egyének mentális egészségére (Garai, 2016). A megfelelő tájékoztatás nélkül, rutinszerűen – a szülés felgyorsítása és kontrollálása céljából – alkalmazott szükségtelen beavatkozások, (oxitocinnal gyorsítás, magzatburok megrepesztése, gátmetszés, méhszáj kézzel való tágitása, szülésindítások, az aranyóra (nem orvosilag indokolt) korlátozása, minden lekezelő szó jogsértés, a szülészeti erőszak egy-egy megnyilvánulási formája.⁸

7. Szülészeti változások napjainkban

Az elmúlt néhány évtizedben a hazai szülészeti viszonyok pozitív irányba is változtak, azonban ezek a változások nem általános érvényűek, nem rendszerszintűek. A szülő nőket már nem mindenütt kezelik betegként, lehetőség van apás szülésre, az újszülöttet a legtöbb helyen édesanyja mellkasára helyezik születése után, illetve sok helyen a korlátlan együttlétre is van lehetőség a rooming-in rendszer keretein belül (Novák, 2015, 169.o.). A magyarországi szülészeti gyakorlatban azonban egyre nő az igény a mélyebb változásra. A szülés körül rögzült orvosi gyakorlat mellett a nemzetközi trendek hatására a gyakorlatban is, de főként a közgondolkodásban holisztikus gondolatok jelennek meg (Novák 2015, 180.o.). A gyakorlatban az alternatív szülésmozgalom központi elemeit, a háborítatlanságot, a beavatkozásoktól mentes, támogató környezetben zajló és nőközpontú szülési viszonyokat ma Magyarországon főként az alternatív szülést támogató bábák és a dúlák képviselik, olykor pedig holisztikusabb szemléletű intézményi keretek között dolgozó szülésorvosok, szülésznők (Novák, 2015, 169.o.).

⁸ <https://juratus.elte.hu/jogkerules-a-szuloszobaban-a-szuleszeti-eroszak-kerdese-magyarorszagon/>

A családbarát szülészet néven ismert szemléletmód a természetes szülés mozgalmán belül kialakult szemlélet, melynek célja a szülés lelki támogatása, a folyamatos társas támasz nyújtása, az igény szerinti szoptatás preferálása, illetve az, hogy a család minden tagja számára pozitív élményként rögzüljön a perinatális időszak.⁹ A családbarát szülészeti ellátások az 1990-es évek óta jelen vannak Magyarországon, számos kezdeményezés irányult ezek terjesztésére, azonban ezen szemléletek széleskörben nem terjedtek el a szülészeti ellátásban. Hazánkban 2019 végén jelent meg Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról,¹⁰ amely a legnagyobb lépést jelenthetné az elmúlt évtizedben, ha a benne foglalt ajánlások kötelező érvényűek volnának,¹¹ ám számos kérdéskörben, mint például a dülák kórházi ellátásban betöltött szerepéről ez a dokumentum sem fogalmaz egyértelműen (Kisdi, kézirat, 2022 tavasz).

8. Alternatív szülemód: Otthonszülés

Az alternatív szülemód alternatív abban az értelemben, hogy a fennálló medikális rendszer alternatívájaként jelentkezik, illetve differenciáltságában maga is alternatív utakat kínál. Az otthonszülést az alternatív szülemódok közé szokás besorolni, ám az otthonszülés magában foglal(hat) több más olyan elvet és eljárást, amelyek az otthonszüléstől függetlenül is megjelentek a szülészet berkein belül (Kisdi, 2013b, 29.o.).

Az otthonszülés egyik ideális helyszíne lehet a család otthona, ám ez nem feltétel. Bármilyen helyszínt megfelelőnek tartanak, ami az anya és a gyermek kényelmét szolgálja, és megfelel a szabályozásban előírt feltételeknek.¹² Sheila Kitzinger a tervezett otthonszülés előnyének az anya döntési szabadságát, a biztonság élményét, az idegenektől való távollétet és a teljes személyességet nevezi (Kitzinger, 2008.o.). Kisdi Barbara szerint (2011, 109.o.) „az otthonszülés egyrészt válaszként értelmezhető az új reprodukciós technikai eljárások negatív hatásaira és a hatalom – nemi szerepekben is megmutatkozó – megoszlásának kiéleződésére, másfelől egy olyan alternatív világképbe ágyazódik be, amely szintén a technicizált világ kényszerítő hatásai ellenében született meg.”

⁹ https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

¹⁰ Magyar Közlöny 2019 (20): 2193-2212.

https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

¹¹ Az irányelv valójában csak ajánlás, amely nem kötelezi az intézményeket az irányelvek elfogadására és betartására

¹² Az otthonszülés 2011-es szabályozása előtt is szigorú előírásokat szabott magának az otthonszülésben dolgozó szakmai közösség. A jelenleg érvényben lévő szabályozás itt érhető el: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100035.kor>

Az alternatív szülés mozgalom megkérdőjelezte a szülés folyamatában a férfidominancia szerepét, és el szeretne volna érni, hogy a nőnek, a későbbi anyának több beleszólása legyen a szülés-születés körülményeibe.

8.1 Az otthoni szülés definíciója

Szebik Imre orvos és bioetikus definíciója szerint az otthoni szülés fogalmán azt kell értenünk, amikor „a várandós anya magzatát otthonában tervezi megszülni, ehhez orvosi-egészségügyi segítséget vesz igénybe olyanoktól, akik az otthoni szülést bizonyos feltételek megvalósulása esetén támogatják. Az otthoni szülés kategóriájába tartozik tehát az a jelenség is, ha valaki a fentieknek megfelelően készül szülésére, de bizonyos, a szüléssel kapcsolatos események miatt kórházban hozza világra magzatát. Nem tartozik a fenti otthoni szülés definícióba az a kényszerű otthoni szülés, ha valaki valamilyen oknál fogva - legtöbbször a szülés hirtelen beindulása miatt - nem tud időben kórházba érkezni a szülés befejezte előtt, és otthonában hozza világra gyermekét, majd ezután kórházba megy. Ugyancsak nem tartozik a fenti otthoni szülés kategóriájába azok szülése, akik szülésüket otthon szeretnék megvalósítani - általában azért, hogy terhességüket eltitkolhassák-, de ehhez nem vesznek igénybe semmilyen orvosi-egészségügyi segítséget.” Ez tehát az előre, tudatosan tervezett, felkészült otthoni szülés kategóriáját fedi le, s támogatói általában ezt értik otthoni szülés alatt. Ellenzői, illetve a témában kevésbé jártasak azonban rendre beleértik azokat az eseteket is, amelyeket Szebik kizár (Kisdi, 2015a, 206-207.o.).

8.2 Otthoni szülés Magyarországon

Az otthoni szülés 2011-ben intézményesült Magyarországon, ettől kezdve van hivatalosan lehetősége választani a nőknek, hogy otthon vagy kórházban szeretnék világra hozni a gyermeküket. A rendelet megalkotásának az volt a célja, hogy a kórházon kívüli születeket biztonságossá tegye, a rendelet által szabályozzák az otthoni szülés feltételeit és a kizáró okait (Varró, 2015, 194.o.). Az otthoni szülés korábban sem volt tiltott, de a szabályozatlanság miatt státusza rendezetlen volt. A szabályozást az otthoni szülés művelői a 90-es évek legeleje óta sürgetik, ám érdemi válasz a hatóságok és a hivatásos orvoslás részéről soha nem érkezett (Kisdi, 2013b, 30.o.). Az otthoni szülés szabályozása először 2007-ben vett komoly fordulatot. Ekkor nyílt lehetőség arra elsőként, hogy az otthoni szülés a hatalom által legalizált kereteket kapjon, társadalmilag láthatóvá vált. Támogatói szerint az első szabályozás-tervezet legfőbb hiányossága az volt, hogy nem az otthoni szülésben tapasztalatot szerzett szakemberek ajánlásain nyugodott, továbbá kifogásolták azt is, hogy a minisztérium szülészeti szakmai kérdéseket akar

rendeleti szinten szabályozni. Ehhez hasonló kritikát fogalmaztak meg a végső, 2011-es rendelettel kapcsolatban is (Kisdi, 2013a, 79-90.o.). Az otthonszülés körüli vita dr. Geréb Ágnes (szülész-nőgyógyász, pszichológus, független baba) letartóztatása kapcsán éleződött ki (Varró, 2015, 194.o.). Az otthonszülés intézményesülése, Geréb Ágnes szerepe, letartóztatásának és perének története és következményei, a körülötte kialakult szakmai és laikus viták nagy jelentőségűek a téma jobb megértése szempontjából, ám olyan szerteágazó és sokszempontú elemzést kíván, amelyre itt nincs lehetőségem.¹³

9. Az otthonszülők

A KSH adatai szerint 2021-ben 92 056 gyermek született.¹⁴ Noha az otthonszüléseket a bábák – a rendelet megalkotása óta jogszabályban előírt módon is – mindig lejelentik, nem létezik hozzáférhető statisztika az otthonszülések számáról és kimeneteléről. A magyarországi négy bábapraxis közül az egyik, az Életfa Bábapraxis adatai szerint 2021-ben a megkezdett otthonszülések száma 153 volt, és ebből 136-an születtek meg otthon. 17-en kerültek kórházba a vajúdás alatt (11%), melynek oka 12 esetben kifáradás, 5 esetben beilleszkedési rendellenesség volt, 3 esetben pedig császármetszés történt.¹⁵ A többi bábapraxis és független baba nem teszi adatait nyilvánossá az interneten. Kisdi Barbara 2013-as adatai szerint az otthonszülők aránya Magyarországon megközelítőleg 0,2 % (Kisdi 2013a, 108.o.).

Varró Gabriella 2010-es kvantitatív kutatása alapján (N=1095) (Varró, 2015) leginkább a „magasan iskolázott, fővárosi vagy Budapest környéki nők” szülnek otthon, „akik a hagyományos kétgyerekes családmoddellnél lényegesen több gyereket vállalnak”. Szintén kiderül, hogy ezek közül a nők közül minden másodiknak volt már negatív kórházi tapasztalata (41,7%), ami hozzájárult a döntésükhöz. Megjelent a beavatkozásoktól való félelem is (88,2%) mint indok, illetve az ismételt császármetszés elkerülésének vágya (7,1%). Ezen édesanyák tudatosságát jelzi, hogy pontosan meg tudták fogalmazni azon indokaikat, amelyek miatt az otthonszülés mellett döntöttek (Varró, 2015, 195-196.o.).

Kisdi Barbara (2013a) 2005 és 2010 közötti kvalitatív kutatásában (N=50) az otthon szült édesanyák szülésnarratíváiban kirajzolódik a kórházi szüléshez kapcsolt ambivalencia differenciáltsága. Az anyák számára a megjelenő negatív viszonyulások rendszerint belső történések lecsapódásai. A belső történet olyan, az otthonszülésig többnyire feldolgozatlan pszichés gátlást jelent, ami mindig konkrét eseményhez köthető. A kórházzal, illetve az ott

¹³ A témáról bővebben lásd Kisdi 2013, 2015b

¹⁴ <https://www.ksh.hu/gyorstajekoztatok/#/hu/list/nep>

¹⁵ <https://otthonszules.eu/statisztika/>

folyó technokrata szülésvezetéssel kapcsolatos ellenérzések sok esetben egy traumatikus előző szülésből, vagy ha nem is saját, de az anyát érzékenyen érintő negatív szülésélményből erednek. A szülés negatív élményként való megélése többféle formában bukkanhat fel, és több okra is visszavezethető. A narratívákban olykor egyértelműen megfogalmazzák azokat az alaptételeket, amelyek a holisztikus szülésmodellt a technokrata szemlélet ellentétéként világítják meg (Kisdi, 2013a, 117.o.). Szebik Imre szerint az otthonaszülés választása melletti indokok az autonómia és az életminőség kategóriájában foglalhatóak össze. Nem szeretnék instrukciók mentén jelen lenni a saját szülésükben, ők szeretnék irányítani a szülésük menetét, meghatározni a körülményeket. Szeretnék elkerülni a magyar szülészeti ellátásban elterjedt beavatkozásokat¹⁶ (Szebik, 2002, 172.o.).

Szintén Kisdi kutatása világít rá, hogy az otthonaszülést választókat erős tudatosság és kritikai attitűd jellemzi, amely a fennálló szülészeti eljárásrend felülvizsgálatára és információgyűjtésre sarkallja őket. Egyfajta kivonulás figyelhető meg, amely értelmezhető a szülés intézményes keretei közül való kivonulásként, illetve az otthonaszülés életmód-stratégiaként való értelmezése miatt az életvitel más területein is kivonulást jelent: például a hivatalosan támogatott gyógyítás kizárólagosságából, a többség által támogatott oktatási rendszerből, illetve a fogyasztói kultúrából (Kisdi, 2013a, 232.o.). Az élet számos egyéb területén (gyógyszerhasználat, egészséges életmód, táplálkozás, csecsemőtáplálás, csecsemőápolás, gyermeknevelés, oktatás stb.) keresik az alternatív megoldásokat, amelybe szervesen illeszkedik a szülés-születés alaptermészetét elnyomó medikalizált szülészet kritikája. Többségük magasan kvalifikált, értő módon, gyakorta idegen nyelven is olvasnak, így az alternatívák keresése, az új információk utáni kutatás elvezeti őket a posztmodern szüléskultúrához, amely jóval közelebb áll világszemléletükhöz és értékrendjükhöz, ennek következtében jobban beilleszthető cselekvési stratégiájukba. Tehát nem magát az egészségügyi intézményrendszert utasítják el a maga teljességében, hanem a medikalizáció azon jelenségeit, amelyek az élettani szülést a maguk hatáskörébe rendelik (Kisdi 2013a, 108-122.o.). Az alternativitás ökológiai szempontjai általában is jellemzik az alternatív mozgalmakat, összességében azonban a posztmateriális értékrend¹⁷ kibontakozásával jellemezhetők. Ez az értékrend jelenik meg az otthonaszülők világnézetében, nőképében,

¹⁶ például: beöntés, borotválás, rutin gátmetszés, mesterséges szülésgyorsítás

¹⁷ Ronald Inglehart fogalma (1977), amely a második világháború után a jóléti államokban kibontakozó értékrendet írja le, amely az anyagi és a politikai biztonság „materiális” értékein túl a szociokulturális rendszer szellemi, érzelmi és humán értékeit is hangsúlyozza.

anyaképében, emberképében, anyaképében, a világról alkotott képében, a gyermekhez való viszonyában vagy a szülés-születés képében (Kisdi, 2013a, 233.o.).

A 2020-ban kezdődő koronavírus-járvány hatására megemelkedett a tervezett otthonaszülések száma. Lukács Judit, az Életfa Bábapraaxis bábája, mentálhigiénés szakembere szerint nem tudnak minden kismamát kiszolgálni, hiszen nincs elegendő baba, így sokakat vissza kell utasítani.¹⁸ A Másállapotot a szülészetben mozgalom szerint a koronavírus-járvány felnagyította a szülészetben jelenlevő problémákat, a mozgalomhoz beérkezett információk szerint megszorozódott a szülésindítások száma, a személyzet túlterhelt, koronavírus tesztek készítését kérték a kórházak, az apák szülőszobai jelenlétét – Müller Cecília tisztifőorvos állásfoglalása ellenére¹⁹ – több helyen korlátozták. A mozgalom szerint azok, akik az otthonaszülés felé fordulnak a járvány ideje alatt, jó eséllyel később is otthon szeretnék majd szülni, amely tágitotta az otthonaszülés ismertségét, amelyet jó eséllyel a kórházi, intézményesített keretek közötti szemléletváltás fog követni.²⁰

9.1 Az anyák informáltsága

A magyar jogszabályok szerint a háziorvos, a védőnő és a szülész-nőgyógyász szakorvos végzi a terhesgondozást. A várandósgondozás nem kötelező, azonban, ha valaki élni szeretne a szülés utáni egyszeri anyagi támogatással, akkor annak feltétele, hogy a szülészorvosi vizsgálaton legalább négyszer részt vegyen. E négy szakember feladata, hogy az anya számára átadjon minden szükséges ismeretet és válaszoljon a felmerülő kérdésekre. A védőnők és az orvosok általi felkészítés leginkább a várandósság fizikai és adminisztratív oldalára terjed ki, a lelki felkészítés háttérbe szorul, így a szülés holisztikus szemlélete nem ismert a nők előtt. Pedig a szülés-születés valódi természetének ismerete befolyásolja a várandósság és a szülés megélését (Andrek – Herczog – Varga 2011, 249.o. idézi Varró, 2015, 199.o.). Kisdi Barbara egy 2016-os kutatásában arra az eredményre jutott, hogy „a szülés élményében meghatározó jelentőségű, hogy az anya kapott-e annyi információt, amennyit igényelt, s ezt milyen hangnemű és nyelvi formában kapta. Nem az irányítás ellen emelték fel a hangjukat azok, akik parancsoló hangnemről számoltak be akár a szülésznővel, akár az orvossal kapcsolatban, hanem a flegma vagy türelmetlen, illetve tiszteletlen megnyilatkozások ellen. Az is panaszkodott a vajúadás és a szülés közbeni információhiányról, aki korábban úgy gondolta, elég, hogyha a

¹⁸ https://hvg.hu/élet/20210114_A_koronavirus_hozhatja_el_az_otthonaszules_forradalmat

¹⁹ <https://index.hu/belfold/2021/11/08/muller-cecilia-latogatasi-tilalom-apas-szules/>

²⁰ https://hvg.hu/élet/20210114_A_koronavirus_hozhatja_el_az_otthonaszules_forradalmat

szakemberek tudják, mikor mi a teendő, ő aláveti magát nekik” (Kisdi, 2016a). Kisdi egy másik vizsgálata szerint (2016b, N=154) a még gyermektelen, fiatal nők körében az ismeretszerzés, információgyűjtés, a szülés természetének megismerése, mint eszköz nem merült fel a félelem feloldásának kérdése kapcsán. Sokkal inkább az orvos professzionális tudásába vetett bizalom, a hívők körében az ima, esetenként háritó válaszok adása volt a legjellemzőbb. „A szüléstől való tartás feloldását tehát javarészt külső autoritásokra való ráhagyatkozással, illetve az orvostudomány és az orvosi technológia adta lehetőségek igénybevételével képzelték el interjúalanyaink” (Kisdi, 2016b). A nők tájékoztatatlanságának egy másik oka, hogy a szülő nő és orvosa között kevés az interakció, a párbeszéd (Varró 2015, 201.o.). A vajúdás alatt és a kórházba kerüléskor számos papírt íratnak alá az édesanyákkal, beleegyező nyilatkozatokat kérnek, ám ezek tartalmát a nők többségében nem ismerik. Ideális esetben ezeket az információkat már a várandósság alatt meg kellene kapniuk az édesanyáknak, hiszen érdemi tájékozódásra akkor lenne lehetőségük (Varró, 2015, 200.o.).

A várandós nők jelentős része nem ismeri, hogy pontosan mihez van joga, viszont ahhoz, hogy a számukra megfelelő döntéseket tudják meghozni, fontos, hogy ismerjék a lehetőségeiket. Bár a szülő nő nem beteg, az egészségügyi szolgáltató betegeihez hasonlóan az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben szereplő „betegjogok” érvényesek a kismamákra is. A vajúdo és szülő nőknek joga van „a jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségügyi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.” (6-9. §) Az Emberi méltósághoz való jog (10.§) mindenkit megillet korlátozás nélkül, csak „az ellátáshoz szükséges vizsgálatok végezhetőek el.” Az egészségügyi törvény az elmúlt évig (2021) biztosította az egészségügyi ellátáshoz való jog mellett a szabad kórházválasztás és az orvosválasztás lehetőségét (8. §) a várandósgondozás során és a szülésnél (Tari, 2020.o.). 2021 januárjától lépett érvénybe az a törvény, amely az orvosi alapbérek emelésével párhuzamosan betiltotta a hálapénzt, valamint azt, hogy az orvos 2021 március 1-től egyidejűleg magán- és állami praxisban is elláthassa ugyanazt a betegét. Az új jogszabályok értelmében egyszer adható egy maximum 8000 Ft értékű ajándék. A hálapénz elfogadásáért és adásáért börtönbüntetés szabható ki. A jelenlegi állás szerint a szabad orvosválasztás a szülés tervezhető részén vehető igénybe, a várandósgondozás és utógondozás alatt, de az orvos magánbetege szülését nem kísérik állami kórházban, legfeljebb térítésmentesen, ha akkor van ügyletben. Ha a kismama nem akar magánkórházba menni egy fogadott orvos miatt, akkor elvileg a területileg illetékes kórházba mehet szülni, s ott szabadon választhat azok közül az orvosok közül, akik aznap

dolgoznak.²¹ A várandós nőnek joga van ahhoz, hogy úgy döntsön, hogy orvos helyett szülésznő kísérije a szülését, illetve, hogy intézményen kívül, otthon hozza világra gyermekét a 2011-es rendelet szabályainak betartása mellett (Tari, 2020, 185-186.o.), ám a kórházak jellemzően nem adnak lehetőséget a szülésznőknek az önálló szülésvezetésre. A 11. § alapján szülő nőnek joga van ahhoz, hogy a vajúdas és a szülés alatt vele legyen az általa megjelölt nagykorú személy, aki nemcsak hozzátartozó lehet (Tari, 2020, 186.o.). A gyógyintézet elhagyásának joga (12. §) feljogosítja a vajúdo és szülő nőt, hogy amennyiben cselekvőképes, bármikor elhagyhatja az egészségügyi intézményt, ha azzal saját vagy mások testi egészségét és épségét nem veszélyezteti (Tari, 2020, 186.o.). A nőnek joga van a teljeskörű tájékoztatáshoz (13.-14. §):

„a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
h) a további ellátásokról,
valamint i) a javasolt életmódról.”

A 15. § alapján, az önrendelkezési jog alapján a „beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, amennyiben nem veszélyezteti mások életét és testi épségét (20. §) (Tari, 2020, 188.o.). Tari Gergely disszertációjában arra mutat rá, hogy legtöbbször a medikalizált szülésvezetés természetéből adódóan kizárja ezen jogok érvényesülési lehetőségét a magyar szülészeti ellátásban. Az általa feldolgozott 403 szüléstörténetben 449 esetben találtak olyan szöveghelyet, amely a betegjogok korlátozására utal, s amelynek gyökere a medikalizációból fakad (Tari, 2020, 194.o.). Kérdőíves kutatásából kiderül, hogy a tájékoztatás hiánya (37%), és az önrendelkezés korlátozása (41%) jellemzően kéz a kézben jelenik meg, és ezek együttesen a nő kompetenciaérzete csökkenéséhez járul hozzá (Tari, 2020, 199.o.). Az emberi méltósághoz való jog megsértése (19%) – mely hozzájárulhat a kiszolgáltatottság érzésének növeléséhez – szintén a tárgyiasult szemlélet bizonyítéka. A

²¹ <https://tasz.hu/cikkek/halapenz-nelkul-is-lehetseges-hogy-ott-legyen-az-orvosunk-a-szulesnel>

kapcsolattartási jog (10%) és az ellátás visszautasításának jogának korlátozása (5%) Teri szerint a medikalizáció legszembetűnőbb példáit képezik (Tari, 2020, 200-204.o.).

9.2 A kórházi szülés és otthoni szülés kockázata

Az EclinicalMedicine munkatársainak (Hutton – Reitsma – Simioni – Brunton – Kaufman) 2019-es kutatása szerint (a legújabb metaanalízis, mely a kérdést vizsgálja), a jó helyzetben lévő országokban az otthoni szülést több nő választja. A tanulmány írói 2018-ban 1990-től kezdve 5 adatbázist vizsgáltak meg, és 14 tanulmányt azonosítottak, melyek alkalmasak voltak a vizsgálatra, körülbelül 500.000 tervezett otthoni szüléssel. Kutatásukból – a hasonló vizsgálatok eredményeivel összhangban (Ackerson – Low, 2015). – arra a következtetésre jutottak, hogy a perinatális vagy csecsemőkori mortalitás kockázata nem függött attól, hogy a nők otthon vagy kórházban szándékoztak szülni. Az otthoni szülés kapcsán bár egyre nagyobb az elfogadottság, a tervezett otthoni szülés biztonságáról még mindig viták folynak. A szülészeti társaságok különböző ellentétes véleményekkel és reakciókkal bírnak az otthoni szülés kapcsán. Elemzésükből kiderül, hogy azoknál az alacsony kockázatú várandósságoknál, melyeknél otthoni szülés volt tervezett, ott hasonlóan alacsony a mortalitás kockázata, mint azoknál az alacsony kockázatú várandósságoknál, ahol kórházi szülést terveztek. Nem volt tehát különbség a tervezett otthon és tervezett kórházi csoportok neonatális kimenetelében. Elemzésükben tehát a születési hely és a perinatális és csecsemőkori halandóság nem függ össze egymással (Hutton et al, 2019, 69.o.). Sok olyan kutatás is napvilágot látott korábban, amelyek nem különítették el az előre tervezett, szaksegítséggel történő otthoni születeket és a szaksegítség nélküli vagy sürgősségi otthoni születeket, illetve amelyek speciális infrastruktúrájú területeken (pl. Ausztrália) mérték az otthoni szülés biztonságosságát, ám ezek módszertani szempontból nem megalapozottak.²²

10. A kutatás meghatározása

Kutatásomban olyan anyákkal készítettem interjúkat, akik első gyermeküket kórházban, egy másik gyermeküket pedig otthoni szülték. Azt vizsgáltam, hogy az anyák miért választották az otthoni szülést, milyen motivációs háttérrel rendelkeznek és azokat hogyan értelmezik, továbbá hogyan interpretálják és hogyan építik be az önértelmezésükbe a kórházi és az otthoni szülésük emberi, tárgyi és szociális feltételeit és tapasztalatát.

²² A témát a bioetikus Szabik Imre járta körül alaposan 2002-ben egy, a *Lege Artis Medicinae*-ben megjelent cikkében (Szabik 2002).

11. Vizsgálati populáció és módszer

Dolgozatom megírásához primer és szekunder adatokat is felhasználtam. A szekunder adatokat, a témát körüljáró szakirodalmat dolgozatom első felében ismertettem. A második részben az általam készített tíz mélyinterjút elemzem. Az interjúk 2021.12.07. és 2021.12.30. között zajlottak, amelyeket hangfelvétellel rögzítettem, majd szó szerint leírtam, s a jelentéskondenzáció módszerével (Kvale, 2005, 192.o.) elemeztem.

Az interjúra való felhívást egy zárt Facebook csoportban bejegyzésként tettem közzé („Otthonszülés, intézetén kívüli szülés csevegő”),²³ és a felhívásra jelentkező személyek közül véletlenszerűen kiválasztott anyákkal készítettem el az interjút. Az interjúalanyok kiválasztásának egyetlen feltétele az volt, hogy az egyén első gyermekét kórházban, egy másik gyermekét pedig otthon szülte. Az édesanyákkal való interjúkra mind a tíz esetben online, videóhíváson keresztül került sor²⁴, hol egyedül, hol pedig gyermekük/gyermekük társaságában (egy esetben kérte az édesanya, hogy gyermeke ne legyen otthon). Az interjúk időtartama 45 perc és 2 óra között mozgott.

A vizsgálati populáció meghatározása után összeállítottam a félig strukturált interjú kérdéssort.²⁵ Az általam készített mélyinterjúk öt nagy részből álltak, melyekhez kérdések, alkérdések kapcsolódtak. Az első részben feltett kérdések az interjúalanyok demográfiai jellemzőire keresték a választ. A második részben a gyermekvállalással kapcsolatos témakörökre irányuló kérdéseket tettem fel, majd ezt követte a kórházi szülés (harmadik rész), az otthonszülés témaköre (negyedik rész), majd egy értelmező rész magára a szülésre irányuló kérdésekkel (ötödik rész). Ezeken a témakörökön belül nyitott interjúkérdések segítségével bontotta ki az interjúalany az ismereteit, elvárásait, tapasztalatait, értelmezéseit az adott témák és ezek összefüggései között. Kérdéseim sorrendjéhez nem ragaszkodtam, hanem mindig az interjúalany mondanivalója szabta meg a kérdezés aktuális irányát, ám ügyeltem rá, hogy végül minden kérdésemre választ kapjak.

Az interjú elején az édesanyákat tájékoztattam és biztosítottam arról, hogy adataikat, válaszait a kutatásetikai normák maximális tiszteletben tartásával kezelem, és ezen adatokat csakis összesítve, név nélkül, beazonosításra alkalmatlan módon fogom elemzési céllal felhasználni. A dolgozatomban az idézett édesanyák megnevezésére álneveket használtam az

²³ <https://www.facebook.com/groups/641135305997728/>

²⁴ A koronavírus okozta aggodalmak, a nagy térbeli távolságok- és a kényelem miatt

²⁵ az általam végzett interjúk kérdéssora megtalálható az alábbi linken:

<https://drive.google.com/drive/folders/13bIbvOB420XkFewhbztXQ3ul2EbIH05r?usp=sharing>

anonimitás teljeskörű megőrzése érdekében, az idézetekben pedig szintén megváltoztattam a beazonosításra alkalmas neveket, helyeket.

12. Eredmények

Kutatásom során az alábbi kutatói kérdésekre kerestem a választ:

- Hogyan ítélik meg utólagosan felkészültségüket azok, akik mind kórházi, mind a bábai modellben tapasztalatot szereztek, és ezt hogyan értelmezik?
- Milyen – retrospektív – kórházi szülésélménnyel rendelkeznek interjúalanyaim annak fényében, hogy már szereztek otthonszülésben is tapasztalatot?
- Miért és hogyan jutottak el interjúalanyaim az otthonszülés melletti döntésig? Vajon már a kórházi szülésük idején is jellemezte őket az otthonszülőket jellemző, szüléssel kapcsolatos értékrend?
- Hogyan élték meg az interjúalanyaim a szülésre való felkészülés bábai modelljét korábbi szülésük/szüléseik tükrében?
- Mit jelent az édesanyáknak az otthonszülés élménye annak fényében, hogy kórházban (is) szültek?
- Hogyan fogalmazzák meg interjúalanyaim a kórházi és az otthoni szülés elvi és gyakorlati kereteit társadalmi és egyéni szempontból?

12.1 A minta általános jellemzői

A megkérdezettek körében túlreprezentált az értelmiség, a mintába hét felsőfokú, két középiskolai érettségivel rendelkező, és egy alapfokú végzettséggel rendelkező nő került.²⁶ A KSH 2008-as évi adatsorára vonatkozóan, amely az Élveszületési lapokat dolgozta fel, az otthonszülést választó anyák²⁷ 62,7%-a rendelkezik vagy rendelkezni fog diplomával (Kisdi, 2011, 111.o.). Saját gyűjtésemben ez az érték 70%. Az adatok tükrében a magas iskolai végzettség is meghatározó tényezőnek tűnik az otthonszülés választásában. A szakmákat tekintve megjelennek a jogi, bölcsész, oktatási, természettudományi, gazdasági területek.

Az interjúalanyok életkora 24-42 éves korig terjed, az átlagéletkoruk 33 év. A gyermekszám 2-4 (két gyermek: 6 fő, három gyermek: 2 fő, 4 gyermek: 2 fő). A kétgyermekes édesanyák első gyermeküket kórházban, másodikat otthon szülték, a háromgyermekeseknél az első két

²⁶ A felsőfokú képzés különböző szintjeire járókat nem különböztettem meg, illetve az egyetemre járókat is a felsőfokú végzettségűekhez soroltam, egy esetben.

²⁷ Kisdi Barbara a szülés helyszíne és a jelenlévő szaksegítség alapján következtetett az otthonszülőkhöz lehetséges számára és azok jellemzőire a KSH-tól kért szűrés alapján (Kisdi, 2013, 110-112.o.), lévén átfogó statisztika a szabályozás óta sem létezik.

gyermek született kórházban, a harmadik pedig otthon. A két négygyermekes édesanya közül egyiküknek első három gyermeke, míg másikuk első két gyermeke született kórházban, a többi pedig otthon. Négy édesanya még szeretne gyermeket,²⁸ ketten talán, négyen pedig nem. A mintában szereplő nők mindegyike városban²⁹ és házasságban él.

12.2 Felkészültség a kórházi szülés alkalmával

Az első várandósság előtt a szülés-születés témaköre jellemzően nem kapott hangsúlyos szerepet a vizsgált nők életében. Az édesanyák többségének nem volt sok információja a kórházi szülésük előtt magáról a várandósságról, a szülésről, ugyanakkor visszatérő motívum a szülés, mint a női tudás megjelenése. A várandósságaik előtt és majd a szülésre való lelki felkészülésükben is fontos szerepet kap az a gondolat, hogy *„nő vagyok, tudok szülni.”* (Kamilla, 31). Ez a női tudás az interjúalanyok tapasztalatai szerint a kórházi szülés alkalmával a legtöbb esetben a hatalmi szempontok által megkérdőjelezett, azonban az otthoni szülés fényében ez a tudás kiteljesedett. Az édesanyák a narratívákban a szülésük kapcsán a női tudás birtokosaiként jelennek meg: *„Úgy voltam vele, hogy mivel szülni mindenki tud, ezért majd biztosan minden történik úgy, ahogy történnie kell, semmi más gondolatom nem volt.”* (Sára 34).

Az interjúalanyok nagy része említette, hogy édesanyjával, nagymamájával, barátnőikkel, tehát a család többi női tagjával beszélgettek a szülésről. Megjelenik a szülés, mint generációkat összekapcsoló esemény, amely a beszélgetések során pozitív és negatív irányba is terelheti a szülésről való gondolkodást. Megfigyelhető, hogy a felmenők negatív tapasztalatait mindenféleképpen el akarják kerülni a saját szülésüknél, hangsúlyozták a beavatkozásoktól mentes és természetes szülés fontosságát és vágyát (10/4): *„Én iszonyúan féltem a szüléstől. Nekem ez egy gyerekkori sokk, vagy trauma, anyukám túl sokat mesélt, vagy én kérdeztem túl okosakat. Azok a történetek a 70-es, 80-as évek vidéki szülészeteiről, hát nem a támogatásról voltak híresek, hogy szépen mondjam.”* (Alíz, 42).

Az interjúkból kiderül, hogy utólag is elgondolkodnak ezeken a tanácsokon, hiszen jellemzően a második szülésük alkalmával készültek többet elméleti és lelki szinten is. Az idősebb generációkkal való családi beszélgetések kapcsán felmerültek a múlt szülészeti tapasztalatai, amelyeket az interjúalanyok két esetben szembeállítanak és hiányként ábrázolnak a jelenlegi intézményi protokollal szemben: *„És ezen gondolkodtam utólag, hogy anya 25 évvel*

²⁸ Ők mind kétgyermekesek jelenleg

²⁹ Aszód, Budapest, Cegléd, Csákvár, Dunavarsány, Kecskemét, Pomáz, Siófok, Szeged, Tolna

ezelőtt már képes volt arra, hogy császár után természetes úton szüljön, ma meg ezért küzdenek az édesanyák” (Sára, 34).

Az első várandósságnál jellemző tudatos felkészülés hiánya adódhat abból, hogy első szüléseik esetén még az ismeretlennel álltak szemben, s nem tudták, hogy hogyan érdemes felkészülni, viszont úgy érezték, a kórházak sem adtak ebben megfelelő támogatást. A 30 éves korosztálynál jellemző felkészülés gyanánt a TV műsorok követése, az olvasás, azonban főként medikalizált, technokrata szemléletű információkról számoltak be interjúalanyaim, amelyet utólag nem tartottak valódi segítségnek.

Az első várandósság során az életmódbeli és a lelki felkészülés a legtöbb esetben nem volt hangsúlyos a vizsgált nők életében. Az életmóddal kapcsolatban három attitűd jelent meg. Az első a várandósság alatt a káros szenvedélyek (kávé, alkohol, dohányzás) elhagyása (10/5), volt, aki nem változtatott, mert addig is egészségesen élt (10/1), illetve a nem változtatás (10/4). Az életmódbeli változtatás alatt az interjúalanyaim legtöbbször a káros szenvedélyek mellőzését értették. Az egészséges táplálkozásra való odafigyelés csupán két esetben jelent meg. A várandósság alatt végzett munkavégzés, és az ez okozta stressz meglepte pedig négy esetben került kiemelésre. Utóbbi azonban már átvezet a lelki felkészülés témakörébe. A lelki készülés a következőkben nyilvánult meg (10/7)³⁰: minden lehetséges esetre felkészülés; önerősítés arról, hogy menni fog, képes rá; pozitív hozzáállás. Minden interjúban megjelenik, hogy visszagondolva (már az otthonszülést is átélve) úgy érzik, nem jól készültek fel a szülésükre, nem tájékozódtak eléggé, és a lelki felkészülés, az életmódbeli változások sem voltak elegendő hatékonyságúak. Egy esetben lelki felkészülés gyanánt megjelenik a hit, ami nem engedi, hogy félelem gyökerezzen a szülés kapcsán, hiszen Isten megadja az erőt a szüléshez. Egy esetben pedig különösen komoly felkészülés zajlott, de az otthonszülésre való készülést jelentett az első alkalommal is (Kriston tanfolyam,³¹ Gésák tanfolyama,³² Gólyatréning,³³ szüléstanfolyam, családállítás³⁴). Ezek részben a testi, részben a testi tudatosság erősítését szolgálják, amely magabiztosságot ad a szülő nő számára, s általában nem jellemző a kórházi szülésre készülő körében (vö. Kisdi, 2018).

Az édesanyák fele részt vett kórházi vagy védőnői szülésfelkészítőn, amely tapasztalatuk szerint a kórházi protokollra épült. Az otthonszülésre készülő édesanya viszont

³⁰ Három esetben nem történt felkészülés, ami az ismeretlentől, a szüléstől való félelemből adódott.

³¹ Kriston Andrea (eredetileg testnevelő–biológia tanár) által vezetett Intim torna nőknek (www.intimtorna.hu)

³² Kriston Andrea tréningje, középpontjában a szexuális önismeret, az egészség fejlesztése, a női szervek (www.intimtorna.hu)

³³ Kriston Andrea tréningje, melynek célja, hogy az alaptanfolyamon elméletben megtanultakat a gyakorlatba helyezzék, az intim izmok irányítása áll a középpontban (www.intimtorna.hu)

³⁴ A tudatalattiban rejtett családi minták és beidegződések feltárása és szükség esetén megszüntetése

úgy érezte, rengeteget tanult az otthonaszülésre készítõ szülésfelkészítõn. Ez a tudás tudatos jelenlétet biztosított neki a kórházban, azonban véleménye szerint a helyi protokollnak még így sem tudott ellentmondani.

Megjelenõ motívum a várandósgondozást végzõ orvosba vetett bizalom, többen kiemelték, hogy a „jó orvos”, és a „fogadott orvos” meglétét egyenlõnek gondolták azzal, hogy minden úgy alakul majd a szülésüknél, ahogyan nekik és a babának elõnyös. Ezt a feltételezést késõbb naivitásként értelmezték.

A kórházi várandósgondozás alkalmával az esetek felében az elsõ alkalommal az édesanyáknak volt fogadott orvosa. Tájékoztatást, természetes szülést, együttmûködést, segítséget vártak tõle. Egy kivételével azonban csak negatív tapasztalatokról számoltak be, nem részesültek abban a bánásmódban, amit vártak egy fogadott orvostól. Egy édesanya szerint csak a kórházi protokollról beszéltek. Megjelenik a pénz, mint hatalmi csereeszköz, melyért megfelelõ bánásmódot vártak: *„Én inkább fizetek azért, hogy ezek itt engem békén hagyjanak. Hogy elmondja, hogy mi történt, mire számíthatok, és minden egyebek konkrétan. Tájékoztatást vártam.”* (Aliz, 42). *„Most már tudom, hogy úgy is csak a pénzrõl szól, hogy havonta lásson. Tehát minden rendben volt, elbeszélgettünk, akkor az úgy megnyugtató, hogy jó, kedves velem, akkor letudtuk a havi jelentkezést.”* (Dóra, 37).

A legpozitívabb tapasztalattal rendelkező édesanya együttmûködést várt, melyet meg is kapott. Ennyire pozitív képeket csak ebben az egy esetben olvashatunk: *„Sokkal többet kaptam, mint amire számítottam. Igazából a saját kirúgása árán is támogatta az elképzeléseimet³⁵ az ügyelvezetõvel szemben is.”* (Kamilla, 31).

Azok közül, akik körzetükhöz tartozó várandósgondozásra jártak (10/5), csupán egy édesanya számol be pozitív tapasztalatokról. Az egyik édesanya kifejtette, hogy az ok, amiért nem volt fogadott orvosa, hogy nem tudott eligazodni az információk tömkelegében, hiszen minden orvosról hallott jó és rossz véleményeket is. További megjelenõ ok a bizalomhiány, az elvi ellentétek voltak: *„Nem, fogok azért fizetni, hogy azt az ellátást, tehát azt a bánásmódot kapjam, ami alanyi jogon jár nekem.”* (Luca, 27.) *„A(z) M. kórházban muszáj volt fizetõs várandósgondozásra járni. Az az orvos, akit ugyan én nem fogadtam meg, aki végezte ezt a várandósgondozást, pont ott volt a kórházban, és hát odajött hozzám, felajánlotta, hogy féláron esetleg megfogadhatjuk [...]. Tehát a lényeg az, hogy nem, én nem akartam orvost fogadni, és a szülési fájdalmak között pressziót gyakorolva rám az orvos megfogadtatta magát. Tehát alapvetõen nem fogadtam orvost, de mégis fizettem. [...] Folyamatosan csak ártott sajnálatos*

³⁵ Az orvos ellentmondott az ügyelvezetõnek azért, hogy az édesanya szülési tervét tartsa (bekötötte az oxitocint, de a földre folyatták, mert az édesanya nem szeretett volna kapni).

módon, tehát nagyon nagy hiba volt megfogadni még az utolsó pillanatban is. Rábeszélte az epidurális érzéstelenítésre, ezt is pressziót gyakorolva, tehát hosszú órákon keresztül ellenáltam, és akkor egy idő után megtört barátságtalan mondatokkal” (Villő, 36).

Két esetben egyáltalán nem volt panasz a várandósgondozást végző orvosra, minden információt megkaptak, amit akkor, ám – miként utólag kommentáltak – tapasztalatlanságukból és a helyzethez való megszeppent hozzáállásukból adódóan nem nagyon voltak kérdéseik, s ez az egész mintát tekintve is visszatérő motívum (10/5). Úgy tapasztalták, hogy mindazt, ami a háborítatlanság irányába vitt volna, nem fogadták jól a várandósgondozást végzők.³⁶ Az orvos-beteg kapcsolatban jellemző motívum a narratívákban a kiszolgáltatottság érzése, a medikalizált és technokrata válaszok jelenléte: „*Én szerettem volna már akkor intimtornát végezni, és azokra mindig legyintett, tehát ami nem orvosi dolog volt, az őt nem érdekelt.*” (Villő, 36).

Ketten emelték ki, hogy mivel magánrendelésre jártak, mindenki kedvesen viselkedett, de ekkor az idő szűkében nem nagyon volt lehetőség érdemi kérdéseket föltenni.

A választott szülésznő esetében (10/3) az anyáknak lehetősége volt a szülésznővel a szülés előtt ismerkedés céljából találkozni, így nem a szülés intim helyzetében látták egymást először, ami a szülés szociális jellegét erősíti minimális, az anyák számára mégis jelentős szinten. Az tehát, ami az otthoni szülés esetében magától értetődő, hogy a női segítő egy bizonyos szinten megismeri a leendő anya szociális helyzetét, kérdéseit, félelmeit, vágyait, ebben a formában a medikalizált szülésben is megjelenik: „*Kedvesen válaszolt mindenre, technikai dolgokról is beszéltünk, hogy mi várható a kórházban.*” (Dóra, 37). „*A szülésznővel a szülés előtt két-három héttel találkoztunk, akkor elmondtam, hogy én mit szeretnék, mit nem szeretnék. Nem mondott új dolgokat ahhoz képest, amit én addig összeolvastam.*” (Dorka, 23).

Voltak, akik készültek szóbeli szülési tervvel (10/3). Két esetben megvalósultak az elvárások, egyiküknél természetes szülés képében, másikuknál a fájdalomcsillapító nélkülözése kapcsán. Egy esetben támogatóan fogadta a szülésznő a szóbeli szülési tervet, mindent megígért, azonban a kórházi protokoll miatt semmi nem valósult meg. Négyen szerettek volna szülési tervet írni, ezt kettejükkel nem fogadta jól a várandósgondozást végző személyzet. „*Hát, van, aki szülési tervvel jön, de az milyen vicces*” – idézte Alíz a szülésznőt a szülésfelkészítőn. Egy édesanya, külsős (bábai) tanácsra nem írt végül szülési tervet, hiszen „*az csak rossz fát tesz a tűzre.*”, míg a negyedik édesanya abszurdnak érezte, hogy ott abból bármi megtörténjen. Hárman nem tudták, hogy létezik ilyen, nem készítettek.

³⁶ például szülési terv, szülészék

12.3 Kórházi tartózkodás, szülésélmény az otthonaszülés fényében

A tíz megkérdezett édesanya közül négy összességében pozitív élményként élte meg az első szülését, azonban ezekben az esetekben is hátrányként élték meg a preventív rutinbeavatkozások alkalmazását (beöntés, borotválás, branül rutinszerű bekötése, szabad pozícióválasztás hiánya, burokrepszítés a szülés elindítására, mesterséges oxitocin a fájáserősítésekre, epidurális érzéstelenítés a fájdalom csillapítására, rutin gátmetszés, Kristeller-műfogás,³⁷ evés-ivás korlátozása, a baba rutinszerű ellátása az aranyóra³⁸ korlátozásával).³⁹ Utólag visszagondolva a beavatkozásokat ma már elutasítanák, de akkor ennek lehetőségéről nem volt tudomásuk. Az egyetlen nagyon pozitív hangvételű interjújában is megtörtént a burokrepszítés. Az édesanya szerint annak végrehajtása viszonylag automatikus folyamat volt, azonban véleménye szerint ezt a negatív tapasztalatot felülírja, hogy előtte és utána a személyzet mindenben az ő érdekeit tartotta szem előtt. Interjúalanyom szerint kórháza alapvetően egy pozitív szemléletű, természetes szülést támogató kórház, de egyes esetekben a protokoll megköti a dolgozók kezét: *„Ott csak annyi volt a hiba, nemcsak a részemről, hanem a kórházi személyzet részéről is, hogy amikor az volt, hogy nem jött ki a gyerek, akkor nem az volt, hogy pozíciót változtatunk, és inkább megtartjuk a kismamát egy álló-guggoló pozícióba, inkább tartjuk a kismama súlyát, hanem akkor jött ugye a protokoll rész, Kristeller, és a többi.”* (Kamilla, 31).

A jó élményekben (4 fő) közös, hogy alapvetően pozitív az orvosok és szülésznők megítélése a vajúdás és a szülés alatt (két esetben fogadott orvos és szülésznő). A négyből három esetben ítélték meg az édesanyák a vajúdást olyannak, ahogy azt szerették volna, két esetben megjelenik az, hogy magukra hagyták őket a férjük társaságában (amit pozitív élményként említettek), továbbá megjelenik a labda, kád, zuhany, tehát az alternatív vajúdási eszközök használata (10/3). A vízben vajúdás egy esetben kapott óriási hangsúlyt, egy esetben hiányként jelenik meg (nem volt hétvégén melegvíz a kórházban), a labdát pedig két esetben használták: *„Volt, hogy 2,5 órát voltam kádban, állítólag sokszor el is aludtam a kádban, hát így ez tényleg nagyon jó volt.”* (Sára, 34).

A négy pozitív szülésélmény közül háromban a szülésznő a hangsúlyos szereplő, ezekben az esetekben az orvos alig jelent meg, de ha megjelent, akkor pozitív keretezésben. A

³⁷ Amikor a szülés második szakaszában az orvos a méh felső részére gyakorolt nyomással segíti a magzat megszületését. Az eljárást a WHO a *nem javasolt* kategóriába sorolja (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>).

³⁸ A szülést követő első néhány életóra (szenzitív időszak), amelyet az újszülött az édesanyja mellkasán, szoptatásban tölt.

³⁹ Az anyák az interjúban a felsorolt beavatkozásokat említették. Ők ezeket rutinbeavatkozásoknak értelmezték, illetve nem tájékoztatták őket arról, hogy ezeknek valódi orvosi oka lett volna.

negyedik esetben végig ott volt a vajúdás alatt is, és szolidaritást vállalt a fal melletti guggolással a guggolva vajúdó nővel. Ez a fajta, az egyenlőséget deklaráltan kinyilvánító támogatás egyetlenegy esetben bukkant fel. Három esetben nem történt gátmetszés, kétszer hangsúlyos a gátvédelem, ami hozzájárult a szülés jó élményként való megéléséhez. A négy esetből hárman kaptak oxitocint (egyik esetben sem tudtak az anyák életmentő helyzetről), és hárman panaszkodtak a szabad pozícióválasztás hiányáról, a negyedik esetben csak azért nem, mert nem tudta, hogy dönthet a kívánt vajúdó- és szülési pozícióról.

Hat édesanya rossz élményként élte meg az első szülését. Ezek közül két esetben hangsúlyos az otthon vajúdás: ezen édesanyák ameddig tudtak, nem mentek kórházba. Az anyukák azért maradtak otthon hosszan vajúdni, hogy ne lépjék túl esetlegesen a kórházi tartózkodásuk alatt azt az időkeretet, ami után a kórházi személyzet a császármetszés mellett dönt. A negatív élményekben közös a beavatkozások gyakorisága, melyeket mindenki szeretett volna elkerülni (6/4 esetben kaptak oxitocint, 6/5 esetben gátmetszés történt). Ezek közül négy interjúban megjelenik a gyerekként, és nem kompetens szülőkét kezelő bánásmód, vagy a fájdalom megkérdőjelezése, ami két esetben a vajúdás leállításához vezetett. A sürgetés, a siettetés, a türelmetlenség nem engedte, hogy a vajúdás és a szülés a maga tempójában folyjon, pedig a legtöbben erre vágytak volna, de ez csupán két alkalommal valósult meg. Ketten említettek irányított kitolást, az egyik esetben azonban a kismamának sikerült elérnie, hogy saját testére hallgathasson, a másik esetben viszont az édesanya úgy érezte, hogy amint nem úgy cselekedett, ahogy előírták, megfenyegették: *„Mivel koraszülésnek minősítették, a koraszülött protokollt is alkalmazták (utólag hallottam, egy szülésznőtől, hogy az egyáltalán nem ilyen), amiről én nem tudtam, hogy létezik ilyen. Szerinte kötelező lett volna a gátmetszés, amit én ott megtagadtam. Miközben ment a kitolási szak, ott fenyegetőzött a neonatológus doktornő, hogy agyvérzést fog kapni a gyerek. A férjem annyira félt, hogy rábólintott, hogy legyen gátmetszés. Én ott ilyen utolsó erővel mondtam, hogy nem akarok gátmetszést, és akkor hátralépett az orvos.”* (Csenge, 41).

Az interjúkban a kórházi szülésnél meghatározó a társas támasz szerepe, amelyet minden jelenlévő képes nyújtani, azonban az interjúkban a vajúdó és szülő nők férjei jelentek meg a társas támasz képében a leghangsúlyosabban. Az édesanyák védelmezőként, biztonságot adó társként tekintettek férjeikre a kórházi tartózkodásuk alatt. Jelenlétüket pozitívan ítélték meg, többen kiemelték, hogy nélkülük elképzelni sem tudták volna a szülésüket. Tízből kilenc esetben jelen volt a férj a szülésnél, nyolc esetben volt meghatározó a jelenlétük. Abban az egy esetben, ahol nem lehetett jelen a férj, ott az ő jelenlétének biztosítása és a koronavírus miatt fordult a család a második várandósságkor az otthonaszüléshez. Abban az egy esetben, amikor

az apa szeretett volna, de nem tudott bent lenni a szülésnél, az ő hiányát a vajúdó nő édesanyja és testvére próbálta helyettesíteni. A férj testesítette meg azt a személyt, aki a hétköznapi élethez köti az édesanyákat, s aki a szociális környezetet biztosítja. A kórházi légkörben ők voltak az egyetlenek, akik családi eseménnyé varázsolták a szülést: *„Azt jelentette, hogy nem vagyok teljesen magamra hagyva. Azt, hogy a normális hétköznapiakból van velem valaki. Ha az ember bemegy a kórházba, az egy teljesen más környezet, idegen emberek, kiestem az életemből. Vele azonban visszakaptam ebből valamit. Ilyesmi érzés. Se fizikai, se lelki segítség nem kellett, csak egy horgony magamhoz.”* (Alíz, 42).

A következő jelzőkkel illették a férj jelenlétét: „biztos pont”, „bizalom”, „megnyugvás”, „hátszág”, „támasz”. Két esetben láttak a szülő nők félelmet a párjaikon, és szintén két esetben jelenik meg a közös élmény fontossága. Egyikük megemlítette, hogy úgy érzi, kapcsolatuk akkor új szintre lépett: *„Az egész világot jelentette akkor ott. Abszolút egy közös élmény lett, és ezt ő is így élte meg. Teljesen más szintre lépett a kapcsolatunk, nem csak a szerelem, hanem ott megszületett valami más is abban a helyzetben.”* (Dorka, 23).

Az egyetlenegy édesanya, aki nem támaszkodott a férjére, a személyiségéből adódóan magyarázza ezt a jelenséget, és annak örült, hogy a szülés után volt kivel megosztani az örömét.

Dúlát kórházi szülésénél egyetlen anyja sem fogadott, a felkészülés során azonban páran beszélgettek velük, illetve egyikük fogadott szülésznője dúla is volt. Az utóbbi esetben a szülésznőről csak pozitív képeket olvashatunk, háborítatlanságot, támogató környezetet teremtett. A legtöbb kérdezett ekkor még nem volt tisztában a dúla szerepével, azzal meg végképp nem, hogy adott esetben ő is bent lehetne velük a kórházban.

Fogadott szülésznője (fogadott orvos mellett) három embernek volt, és támogatást, tájékoztatást vártak tőlük az édesanyák. Fizikai és lelki támogatást is a vajúdás és a szülés alkalmával, ami ezekben az esetekben a legtöbbször megvalósult. A kérések teljesítése, a gátvédelem biztosítása és a tájékoztatás jellemzi ezt a három szülést, mely két esetben pozitív szülésélményként összegzett az interjúalanyaim által: *„Hát, a szülésznőm nagyon kedves volt az elsőnél, például hozott meggy-mag zsákot, a derekamra tette, azzal kicsit enyhítette a fájdalmat.”* (Dóra, 37).

A fogadott szülésznők kapcsán is megjelenő kritika soha nem a szülésznők személye ellen szólt. Dóra szerint azonban a szülésznők csak a kórházi protokoll keretein belül képesek mozogni, így a háborítatlan vajúdás és szülés élményét nem tudják biztosítani: *„Csak egy szülő nőt látott [...] nem figyelt a jelzéseimre [...] nem volt megalázó, de fájdalmat okozott. [...] Ugyanakkor nagyon kedvesen bátorított a kitolásnál, de nem engedte meg, hogy azt a pózt*

vegyem föl, ami nekem kényelmes volt, hanem ahogy ő hozzám fért. De a gátvédelmet megcsinálta, és végig bátorított.” (Dorka, 23).

A többi interjúban a szülésznőkkel kapcsolatban nem jelentek meg igazán pozitív képek, nem emelték ki őket a mondandójukban. Ha ki is emelték, akkor inkább a negatív bánásmód, a sértegetések, bántó megjegyzések miatt: *„Sokat ittam, és óránként csöngettem, hogy szeretnék elmenni mosdóba, és akkor rám szólt a szülésznő, hogy ennyi, nem lehet pisilni, fekszem nyugodtan.” (Luca, 27).* *„Utána az volt, hogy egyedül voltam hagyva, ott a szülőszobán, egyedül hagyott a szülésznő, ami pokoli volt. Hanyatt fekvé kibírni ezeket a fájásokat, hát az kemény volt.” (Csenge, 41).*

Az esetek többségében (10/8) a narratívákban kiemelték, hogy a csecsemőosztályon dolgozók kifejezetten ridegek voltak, nem segítettek, az édesanyák szoptatási ismereteit magától értetődőnek vették.

Az interjúkban összességében két esetben olvashatunk elégedett hangvételben a személyzetről, azonban ez alkalmakkor is kaptak az édesanyák egy-két nem kívánatos, sértő megjegyzést. A kórházi személyzetről alapvetően pozitív tapasztalatokkal rendelkező (az előbb említett) két esetben az édesanyák jó szülésélménnyel rendelkeztek. További négy alkalommal említették, hogy az orvosok és a szülésznők kedvesek voltak (két esetben fogadott orvos), vagy legalább „közepesen kedvesek”. Ketten úgy nyilatkoztak, hogy nem voltak barátságtalanok, de kifejezetten kedvesek sem, csupán darab-darabként tekintettek rájuk. Ketten mondták azt, hogy gorombák voltak, csak néhány kedves megjegyzésük volt, de az édesanyák ezt a fáradtsággal, túlterheltséggel magyarázták, ami gyakori eset a magyar szülészeti viszonyok között, illetve a kórházi ellátásban: *„Ridegek voltak, azt éreztem, hogy azt várják tőlem, hogy csak fogjam be a számat, és csináljam, amit mondanak, ne kérdezősködjek, ne akarjak semmit, mert fáradtnak láttam őket, túlterheltnak láttam őket, nem voltak abszolút empatikusak, nem tájékoztattak, nem éreztem azt, hogy értem lennének, vagy a babámért lennének.” (Luca, 27).*

A szülési fájdalom megélésével kapcsolatban abban a hat esetben, ahol az édesanya oxitocint kapott, a leghangsúlyosabb szerepet az ez által generált fájdalom kapta. Az oxitocin okozta fájdalmat a következő jelzőkkel illették: „pokoli fájdalom”, „mindennél jobban fáj”, „természetellenesen fáj”, „szörnyű fájdalom”, „idegi fájdalom”, „a fájdalom, amire hónapokig emlékeztem”. Közülük három édesanya azt mondta, hogy nem bírná ki még egyszer ezt a fájdalmat, hiszen ez a fájdalom nem evilági.⁴⁰ Ketten kiemelték, hogy a saját, testük által generált fájások kibíráhatóak voltak, a további generált fájdalom minőségével volt a probléma.

⁴⁰ Közülük ketten szültek még később is kórházban, de azok jobb élmények voltak.

Nem önmagában a szülés maga okozta az elviselhetetlen fájdalmat, hanem a beavatkozások okozta és utáni sebek gyógyulása, ami a gyermekágyi időszakban nem csak testileg, hanem lelkiileg is fájdalommal járt: „*De nekem nem is maga a szülés folyamata volt fájdalmas, hanem lett egy repedésem a Kristeller meg a kőmetsző pozíció miatt. Annak a varrása, utógyógyulása, meg később az elfertőződött seb volt fájdalomszinten a legrosszabb az egészben.*” (Kamilla, 31).

Ketten említették, hogy próbálták megélni a fájdalmat, azonban az exogén oxitocin⁴¹ miatt ez nem sikerült. Ennek hatására a testük feletti kontrollt elveszítették, és a fájdalmat természetellenes fájdalomként definiálták. Fontos megjegyezni, hogy az édesanyák az exogén oxitocin hatásmechanizmusával kapcsolatos ismereteiket az otthonaszülésükre való felkészülés során szerezték, akkor értelmezték újra az első szülésük élményeit, így a kórházi keretek között szülő nők ezekkel az ismeretekkel nem feltétlenül rendelkeznek, hiszen a kórházi tájékoztatás fókuszában általában a beavatkozások előnyeire koncentrál.

Fizikai és lelki sérelmekről nyolc anya számolt be, közülük négy erre akkor nem eszmélt rá, csak utólag. Ezek a sérelmek a tudatlanságból adódtak, amelyekre a későbbi pozitív kórházi szülésélmény vagy az otthonaszülés élménye, és az erre való felkészülés döbbsenette rá őket. Ezek közül két esetben az édesanya a kórházi személyzet kedvessége miatt nehezen vallotta be magának, hogy fizikai és lelki sérelmek érték a kórházi tartózkodása alatt, amelyek feldolgozása hosszú időt vett igénybe.⁴² Ebből a négy szülésből kettőt összességében pozitív élményként értékelt az édesanya, az őket ért fizikai vagy lelki sérelmek csak később tudatosultak. Másik négy édesanya számolt be olyan fizikai vagy lelki sérelmekről, amelyek a nem egyenlő félként való bánásmódból, a beavatkozások elkerülésének sikertelenségéből fakadó utólagos poszttraumás stresszből, a fenyegetőzésekből és a méhszájtágításból fakadtak. Hét édesanya esetében a protokollra hivatkozva korlátozták valamilyen jogukat, vagy figyelmen hagyták valamilyen kérésüket a vajúadás és a szülés alatt, ami a gátmetszésben, burokrepesztésben, mozgási szabadság korlátozásában, antibiotikum adásában, illetve az evés-ivás korlátozásában jelent meg: „*A burokrepesztés, és a gátmetszés is protokoll volt. Nem tájékoztattak, csak vágtak. Igazából arról sem volt fogalmam, hogy mikor. [...] Az orvos azt mondta, hogy ő nem mer kockáztatni, megrepesztene a burkot. Én nem tudtam, hogy ezt vissza is lehetne utasítani, úgyhogy nyilván sírva, de azt mondtam, hogy jó, legyen.*” (Barka, 27).

Nyolc esetben a megkérdezésük nélkül döntöttek valamilyen helyzetben, ilyenek voltak például a gátmetszés, a fájdalomcsillapító adása, oxitocin és branül bekötése, burokrepesztés

⁴¹ Mesterséges, kívülről adagolt oxitocin.

⁴² méhszájtágítás és gátmetszés

vagy éppen a köldökszínór azonnali elvágása. Számos édesanyában ezek az esetek lelki gátat okoztak, amelyeket – saját bevallásuk szerint – minden esetben az otthonszülés alkalmával sikerült feldolgozni. Mindössze két ember volt elégedett a kórházi tájékoztatással, egyikük pedig akkor elégedett volt, de visszagondolva nem. A betegjogaikat senkinek nem mondták el, s többen arról számoltak be, hogy a kórházi adminisztráció is a legnagyobb fájdalmaik között történt: „[...] *utána leültettek még adminisztrálni, tehát hogy odanyújtottak előlem három papírt, hogy akkor ezt most ki kéne tölteni, mondtam, hogy hát ilyen a mesében nincsen, én nem szeretnék papírt kitölteni, én szülni szeretnék, hagyjanak békén.*” (Luca, 27).

Öten semmit nem tartanak az otthonszülés fényében a kórházi szülés előnyének, de a többi öt édesanya is csupán néhány dolgot tudott felsorolni, mint például adott orvos kedvessége, vagy az orvos sebészi kvalitásai jelennek meg pozitívként, melynek köszönhetően szebben összevarrta a sebet az orvos, mint a bába. Ketten említették, hogy a kórházban a műtő biztonságot ad, és egy édesanya itt is azt hangsúlyozta, hogy nem a kórházi szüléssel van a gond, hanem a kórházi protokollal, azzal a medikalizált szemlélettel, amelyben a szülés lelki folyamataira kevés figyelem háruul: „*Hogyha az ember biztonságban lenne a kórházban, akkor szerintem, aki most otthonszül, annak egy része nem otthonszülne. Tehát az ad egy biztonságérzetet, hogy hogyha baj van, akkor ott az orvos, ha baj van, akkor ott a gyógyszer vagy a műtő, vagy akármi. Ha nem félnének ennyire a bántalmazástól, meg attól, hogy többet ártanak a gyereknek a protokollal, mint amit használnak, akkor mondjuk nekem nem jutott volna eszembe az otthonszülés.*” (Csenge, 41).

Három esetben a narratívákból az olvasható ki, hogy az édesanya az első szülésével kapcsolatban megtette, amit lehetett, sőt egyikük kiemeli, hogy ez az élmény kellett ahhoz, hogy az otthonszülés felé forduljon, így hálás ennek a tapasztalatnak. Ketten különösen nehezen gondolnak vissza erre az élményre, a szüléseik felidézése felszakította a régi sebeket. Egyikük elmondta, hogy most már nem hibáztatja magát, de a múltban ez gyakori volt, illetve sajnálja, hogy a fiának ezt a traumatikus születést át kellett élnie. Ketten, akik traumatikus szülésélményről számoltak be, maguk is traumatikusan születtek, és mindig is féltek a szüléstől. Mindössze egy édesanya emelte ki, hogy a szülés után büszke volt magára, ám a legtöbben nem éreztek eufóriát, vagy csalódtak abban, ahogyan lezajlott a szülésük, csalódtak a testükben, ami később is lelki problémákat okozott, és hosszas feldolgozást igényelt.

Interjúalanyaim között volt kettő háromgyermekes anyuka és kettő négygyermekes. Az otthonszüléseik előtti vizsgálatomon kívül eső további egy (három eset), illetve kettő (egy eset) kórházi szülésük már jobb élmény volt az első kórházi szülésükhöz képest. Hármuknak nagyon jó élmény, egyiküknek pedig az első, traumatikus szüléséhez mérten volt jó élmény. Olyan

élményeket tapasztaltak meg, amelyekre az első kórházi szülésüknél nem volt példa. Megjelent pozitívként a beavatkozások elkerülésének sikeressége, a személyzet részéről beleegyezésük kérése a beavatkozásokhoz, az egyedül vajúdás és a háborítatlanság. Ezt a jó élményt elősegítette az, hogy három anya otthon vajúdott addig, amíg tudott, egy esetben pedig a kórházi személyzet türelméről számoltak be. Felbukkan a narratívákban a „jó fájdalom”, illetve a fájdalom hullámként való értelmezése, a szabad pozícióválasztás és az egyedül (vagy férjvel) vajúdás. Az édesanyák „jó fájdalomként” nyilatkoztak arról a fájdalomról, amikor az fokozatosan erősödik, „felépül”, illetve amikor „hullámként” viselkedik, erősödik, majd gyengül éppen annyira, hogy a folyamatot segíteni tudja. Ekkor az édesanyák megtapasztalták a háborítatlanság valamilyen formáját, amelyeket következő szüléseiknél már tudatosan kerestek. Megtapasztaltak a kórházban jó élményeket, de végül mégis a kórházi protokoll terelte őket az otthonszülés felé: a szabad pozícióválasztás hiánya, a beavatkozások és a rehabilitációt kísérő fájdalmak (gátseb gyógyulása), az orvos hozzáállása, illetve a koronavírus miatt előállt kórházi bizonytalanság: *„Ott semmi probléma nem volt, ott nem volt gátmetszés, minden (hát igazából a fekvő pózt leszámítva), de ott minden úgy alakult, ahogy én szerettem volna. Tele voltam energiával [...], az az érzésem volt, hogy na, én megmondtam, nem lehet olyan a szülés, mint amit csináltak velem az elején, hanem ez ilyen, és hogy ez tud ilyen lenni. Mennyivel szebb lett volna, hogyha senki nem piszkál bele itt a végén, és akkor tudott volna még jobb lenni. Úgyhogy nagyjából így ott megfogalmazódott bennem, ha lesz még, az nem itt lesz.”* (Dóra, 37). *„És mind a kettő olyan volt, hogy mivel ők már a(z) I. kórházban születtek, ezért ott nem volt, ott olyan volt a személyzet, hogy én megmondtam, hogy én azt szeretném, hogy egyedül szeretnék lenni, és ők egyedül is hagytak minket. És emiatt mi ott jól voltunk, nekünk ez jó volt így a férjemmel, egyedül lenni a vajúdás során. És akkor így a legvégén azt mondták, hogy majd mi szólunk, hogy mikor van szükség rájuk. És pontosan ez történt, hogy a végén a kitolásnál szóltam, hogy akkor most jöjjenek be, mert azt akkor még megnyugtatóbbnak tartottam, hogy ott van a szülésznő. És akkor bejött a szülésznő, és segítette a kitolást, de hogy egyébként ott egyedül voltunk, és nagyon jó élmény volt mind a kettő. [...] A harmadik szülésnél, amikor megtudtam, hogy PCR tesztet akarnak csinálni a vajúdás közben, akkor úgy éreztem, hogy ott összetört valami. Ez volt, ami megadta a löketet.”* (Villő, 36).

12.4 Az otthonszülés gondolata

Az otthonszülésről való gondolkodásban az otthon, mint lakóhely, lokalitás, nem bír kifejezett jelentőséggel, az ehhez kapcsolódó asszociációk annál fontosabbak: *„Ez nem egy*

olyan esemény, aminek házon kívül kell történnie, tehát egy nagyon intim dologról van szó.” (Villő, 36).

Az otthon egy közeget jelent, egy teret, ahol kiteljesedhetnek a kismamák, amivel kapcsolatban leggyakrabban a nyugalomra, biztonságra, szabadságra, a családra asszociálnak. Az otthont olyan helyként értelmezik, ahol minden nő önmaga lehet, ahol nem kell megfelelni a külső környezetnek: *„Én itt azt éreztem, hogy itthon vagyok, itt minden úgy van ahogy én szeretném, itt mindenki hozzám alkalmazkodik. És jött belőlem egy bűgő hang, amit, ha akarnék se tudnék utánozni. Először meg is ijedtem magamtól, amikor hallottam ezt a hangot, nem is mertem körbenézni, csak füleltem, hogy valaki reagált-e. Semmi reakció nem volt, és ez akkor engem úgy megnyugtatott. Megnyugodtam, hogy nyugodtan kiadhatom ezt a hangot. Valami hatalmas erőt éreztem.” (Dóra, 37).*

Az otthonszülés fogalma tehát csak elnevezésében ragaszkodik az otthonhoz, valójában az otthon a háborítatlanság, a felesleges beavatkozások elkerülése iránti törekvés szimbóluma. A háborítatlanság jelentésének értelmezései átfedésben állnak egymással az interjúkban. Az édesanyák számára azt jelenti ez a fogalom, hogy a szülő nő van a középpontban, akit kompetens félként kezelnek, akinek teljes döntési jogot szavaznak (ha nincsen orvosi beavatkozást igénylő komplikáció), és akit hagynak a saját tempójában beavatkozás nélkül vajúdni és szülni. A háborítatlanság számukra azt jelenti, amikor semmi nem kötelező, amikor mindent tájékoztatás előz meg, ám a döntés az anyáé: *„Nekem azt jelenti, hogy maximálisan kompetens szülő nőként, anyaként tekintenek rám, hogy nem csinálnak semmit velem a megkérdezésem nélkül. Javaslatokat tesznek, megkérdeznek, belevonnak a döntésbe, tájékoztatnak, elmondják nekem, ha bármilyen fennakadás van. Elmondják a lehetőségeim, és hagyják, hogy én döntsék. Tehát nem döntenek helyettem, és nem avatkoznak bele szükségtelenül ebe a dologba.” (Luca, 27).* *„Hát, amikor hagynak vajúdni olyan pózba, amilyenbe én szeretnék, amikor nem tukmálnak semmit, amikor hagyják a dolgokat a maguk természetes módján lezajlani, nem avatkoznak be, csak ha muszáj, meg amikor én vagyok a középpontban.” (Barka, 27).*

Az otthonszülés gondolata az esetek felében (10/5) ismerősökkel, kollégákkal és barátnőikkel való beszélgetések során került szóba, továbbá szüléstörténetekben, Facebook hirdetésben vagy foglalkozásokon találkoztak először az édesanyák ezzel a lehetőséggel. Egy édesanya kivételével (otthonszülést tervezett elsőre is, csak kicsúszott az időből) az első gyermekét mindenki kórházban szerette volna világra hozni, az otthonszülés gondolata azonban egyes esetekben már akkor megjelent. Az akkori elutasítást információhiánnyal, téveszmékkel magyarázzák. Tehát nem az otthonszülést keresték ezek a nők, hanem megoldást azokra a

problémákra, amelyekkel a kórházi szülésük alkalmával szembetalálták magukat (túlmedikalizált szülés, a kontroll elvesztése a saját testük felett, kommunikációs problémák, a reprodukciós jogok csorbulása): „*De hát akkor még úgy néztem erre, hogy hát vannak ilyen nők, akiknek ilyen szuper képességeik vannak, hogy otthon tudnak szülni. [...] bár 2011-ben megtörtént a legalizáció, de nem terjedt el a köztudatban.*” (Villő, 36).

Az édesanyák többsége nem hallott az otthonról azelőtt, hogy rossz tapasztalataik miatti keresgélésük hatására találkoztak volna vele, miközben – úgy vélik – a várandósgondozás során is hallaniuk kellett volna erről a lehetőségről, lévén hivatalosan elfogadott szülemódról van szó. A narratívák felében jellemzőek az édesapák aggodalmai az otthonról szülemódról, de ezeket az édesanyák az információhiánnyal magyarázták, amelyek minden esetben feloldásra kerültek beszélgetések, a bábai szülemódról során.

Azoknál, akik összességében pozitív élményként élték meg a kórházi szülemüket (10/4), az otthonról szülem mellett döntés meghozatalában része volt annak, hogy a tapasztalatukból adódóan bíztak a saját (női) testükben, s abban, hogy a következő szülem probléma nélkül lezajlik a kórházi szakszemélyzet beavatkozása nélkül is, csupán támogatással és figyelemmel. A beavatkozások rehabilitációját kísérő fájdalmat (gátseb gyógyulása), a gyógyszeres fájdalomcsillapítást, a várandósgondozás alatti feleslegesnek ítélt vizsgálatokat el szerették volna kerülni. Azok közül, akik összességében negatív élményként beszéltek a kórházi szülemükről (10/6), az otthonról szülem mellett döntés meghozatalában döntő tényezőnek bizonyult a kórházi protokoll (amely egységesen kezel minden szülemet, és nincs tekintettel az egyéni helyzetekre, elvárásokra, kérésekre és a lelki tényezőkre), a mesterséges oxitocin vagy a koronavírus miatti új kórházi szabályok elkerülésének vágya: „*Mert nem akartam még egyszer kórházi protokollt. Addigra már tudtam, hogy ezeknek a dolgoknak nem kéne így történnie. [...] Mindenáron el akartam kerülni azt, hogy oxitocint adhassanak. Gyakorlatilag ez volt a legfőbb motiváló dolog*” (Alíz, 42).

Egyik édesanya kifejezetten magának szeretett volna bizonyítani azzal, hogy képes arra, hogy irányítás nélkül is világra hozza gyermekét, hiszen erre kórházi körülmények között nem volt lehetősége. A narratívákban megjelenő közös vágy, hogy a gyermeküket beavatkozások nélkül, természetes úton hozzák világra, átélve a szülem folyamatát háborítatlanul, kontroll nélkül, nyugodt környezetben, félelem nélkül. Az édesanyáknak az otthonról szülem az az esemény, ahol a szülő nő van a középpontban, ahol érte, és kisbabájáért történik minden, és csak akkor avatkoznak közbe, ha arra szükség van, és/vagy arról együtt döntöttek.⁴³ Az otthonról szülem a

⁴³ Kivéve az orvosi beavatkozást igénylő helyzeteket, ilyenkor a bába dönt a beavatkozásról

narratívákban jelent erőt, női tudást, a tudás megtapasztalását és kiteljesedését. Az otthonszülést csodálatos eseményként, önismereti utazásként írják le, amelyet szerintük minden nőnek joga lenne megtapasztalni. Az otthonszülés egyeseknek hétköznapi történés, másoknak egy kitüntetett családi esemény, ahol jelen lehetnek a testvérek, ahol más családtagok komfortosan mozoghatnak: „*Hova máshova szülessen egy újszülött, mint a családja társaságába. Engem annyira rosszul érintett már a másodiknál, harmadiknál is, hogy a testvér nem lehetett ott. Oké, nekünk volt aranyóra, de a testvérekre meg a nagymama vigyáz.*” (Villő, 36). „*A családtagok, például anyukám, ő sokkal komfortosabban érezte volna magát itthon, és bátrabban, nyugodtabban tudott volna odajönni nekem segíteni, mint a kórházban, ahol sarokba van állítva. Ahol feszélyezve érzi magát, és nem mer részt venni a folyamatban, mert fél, hogy az orvosok ráfordulnak. Hiába vagyok befelé fordulva, nekem az nagyon sokat segít, hogy körülöttem a segítők természetesen tudnak viselkedni.*” (Luca, 27).

Az érvényben levő rendelet szerint az otthonszülés egyik feltétele, hogy egy szülészeti intézménynek átlagos közlekedési viszonyok között maximum 20 perc távolságra kell lennie. A narratívákból kiderül, hogy az esetek szinte mindegyikében (10/9) otthoni szülés történt (az interjúalany saját otthonában), a 20 perc betartása a fennmaradó egy esetben okozott nehézséget. Itt nem volt lehetséges az időhatár betartása, ezért a szülés a szülő nő édesanyjának lakásában történt. Miként az édesanya arról beszámolt, a várandóssága elején zavarta, hogy nem otthon, a saját lakásában születik majd meg a gyermeke, de a szülés során már nem érdekelte ez körülmény, akkor már semmi jelentőséget nem tulajdonított neki: „*A várandósság során feszélyeztet, hogy nem itthon leszek [...] nagyobb negatív hatást tulajdonítottam neki, mint ami egyébként valójában történt.*” (Luca, 27).

Az otthonszülés ötlete és mellette való döntés meghozatala minden esetben egyértelműen az édesanyáé volt. A férj/pár reakciója a narratívákban két séma között mozgott: először vagy megijedt az ötlet hallatán (10/4), egy esetben kifejezetten ellenezte (10/1), vagy pedig örült neki és teljes mértékben támogatta (10/5). Az első esetet, az ijedtséget, félelmet az információhiánnyal magyarázták interjúalanyaim, melyeket a bábai szülésfelkészítővel vagy szüléstörténetek olvasásával oldottak fel.

A tágabb család támogatása vagy éppen nem támogatása a legtöbb esetben nem bírt döntő jelentőséggel. Három alkalommal a család tagjai nem tudták az otthonszülés tényét (egyik esetben kivétel a leendő nagymama), négyszer ellenezte valamely családtag, három esetben pedig támogatás jelent meg a narratívákban. A család kapcsán kiemelt szerepet kaptak a kérdés megválaszolásakor a női családtagok, az édesanyák, anyósok. Ez a motívum a várandósság, szülés, női kérdésként való felfogására enged következtetni. Volt olyan, hogy csak

a szülő nő édesanyja tudott az otthonról, aki egyes esetekben támogatta azt, máskor pedig ellenezte a saját traumatikus élményei miatt. Háromszor bukkant fel a női családtag rosszállása az otthonról ténye miatt, majd reakcióiknak megváltozása az információk birtokában. Az információhiány, a saját traumatikus szülésélmények először félelmet váltottak ki az idősebb generációk női tagjaiból, majd ezek az élmények beszélgetések során feldolgozásra kerültek, és az ellenszegülés támogatássá alakult át. Interjúalanyaim szerint ez sokszor még inkább megerősítette a kapcsolataikat a család női tagjaival: „*Az anyósom eléggé megszeppent, viszont vele nagyon érdekes volt. Ez elindított egy párbeszédet, és elkezdtünk nagyon sokat beszélgetni. A hónapok alatt elkezdtek előjönni az ő születéstörténetei, és velem nagyon őszintén beszélt róluk. Az én otthonról készülésem kapcsán ő is elkezdte feldolgozni a 20, 30 évvel ezelőtti történet születeit, és elkezdett rájönni a dolgokra.*” (Dorka, 23).

12.5 A tervezés és felkészülés időszaka a bábai modell szerint

Az otthonról való felkészülés nagyon hangsúlyos a mintámban, a bábák által javasolt könyveket, cikkeket, születéstörténeteket, a bábai beszélgetéseket nagyon informatívnak találták interjúalanyaim. A várandósság alatt zajló kötelező szülésfelkészítő⁴⁴ az édesanyák véleménye szerint mindenre felkészítette őket, kérdéseikre választ kaptak, abszolút kompetensnek érezték magukat a szülés-születés témakörében. Jellemzően mindenkinek sok kérdése volt, még a többgyermekes anyukáknak is, akiknek kérdései leginkább az otthonról vonatkoztak, nem magára a várandósságra. Ez a szülésfelkészítő nem csak a tanulásról, tájékoztatásról szólt, hanem lelkileg, illetve nőiségükben is sokat adott az édesanyáknak, amely kifejezett célja is a foglalkozásoknak: „*Tehát, hogy fizikailag is nagyon komoly maga a várandósság meg a szülés, de hogy van egy nagyon komoly lelki aspektusa, és én azt gondolom, hogy erre a kórházban nagyon kevés figyelmet fordítanak, és itt viszont ugyanannyira fontos volt, mint maga a fizikai épségem. És ez nagyon jó volt, hogy lelkileg is segítettek készülni, és a lelki dolgaimat is nagyon komolyan vették.*” (Luca, 27).

A lelki felkészülés önfejlesztésben (szülés-kártyák, beszélgetések), pszichés felkészülésben (fájdalom értelmezése, elfogadása, önerősítés) és a traumatikus kórházi élmények feldolgozásából állt. Ebből a felkészülésből magabiztosság, tudatosság adódott, mely

⁴⁴ A Napvilág Születésház esetében ez egyhetes szülésfelkészítő kurzust jelent (amit minden hónapban meghirdetnek), s úgy osztották fel egynapos szakaszokra, hogy azok részletekben is látogathatóak legyenek, vagyis minden hónap egyik hetében ugyanazokon a napokon mindig ugyanarra a programra lehet számítani. A tanfolyamot pszichológusok, bábák, dülák és szoptatási tanácsadók tartják (Kisdi, 2013). A felkészítő kurzus ma is így működik itt is és hasonlóan a többi bábaszolgáltatónál, azzal a különbséggel, hogy a Covid-járvány miatti karantén során áttértek az online találkozókra, amire ma is lehetőség van.

szerintük – utólagosan értelmezve – az első várandósságaikból hiányzott. A posztmodern szüléskultúrát nagyfokú tudatosság jellemzi, amely középpontjába az édesanyát és az újszülöttet helyezi

Ahhoz, hogy az édesanyák mindegyike felkészültnek érezte magát a várandósság végére mind tudásban, mind lelki és fizikai szinten, hozzájárult az a tény is, hogy nem ez volt az első szülésük, így a tapasztalatok felhalmozódásáról, illetve a felkészítő kurzus során megerősített közös tudásban való részesedésről is beszélhetünk. Ez a felkészülés és a bábákba vetett bizalom azt eredményezte, hogy írott szülési tervvel senki nem készült, hiszen a várandósság során minden felmerült kérdést alaposan átbeszéltek. Mindegyik interjúalanyom hangsúlyozta, hogy úgy érezték, a bábák elsősorban az ő és babájuk szükségleteit szolgálják. Egy esetben jelent meg a szülési terv leírásának gondolata, de akkor is csak arra az esetre, ha kórházba kellett volna valamilyen komplikáció miatt menni.

Az előzetes elképzelések alapvetően a kórházi élmény fényében fogalmazódtak meg az anyákban (elvárva vagy kizárva valamit), de a fókusz a háborítatlanságon és annak vágyán volt, hogy a szülést támogató szakemberek az anya és a baba érdekeit szolgálják: *„Úgy képzeltem el, hogy nyugodt vagyok, hogy a segítők, akik körülöttem vannak, ők tényleg segítők, és azon dolgoznak, hogy nekem jó legyen. Tehát, hogy így nagyon sokféleképpen elképzeltem, vízben, zuhanyozva, labdán ülve. A közös momentum az mindig ez volt, hogy iszonyú nagy a békesség, a nyugalom. Nagy odafigyelést képzeltem el magamnak meg a babámnak. Ez hiányzott az elsőből.”* (Dorka, 23).

Az otthonaszülésre készülő várandósgondozás jellemzően nagy mértékben különbözött az első várandósgondozás gyakorlataitól. Az interjúalanyaim mindegyike a kórházi várandósgondozásra reflektálva kezdte el kifejteni a gondolatait, és mindegyikük (még azok is, akik pozitív kórházi szülésélménnyel rendelkeznek) kiemelte, hogy ez a várandósgondozás nyugodtabb volt, nem voltak feleslegesnek ítélt vizsgálatok (csak a kötelezőek), nem volt megfélemlítés, és a testi várandósgondozás mellett a lelki „gondozásra” is nagy hangsúlyt fektettek a bábák: *„Igazából a várandósság alatt szerintem egyetlenegy darab hüvelyi vizsgálatom sem volt. Három ultrahang, három vérvétel volt összesen.”* (Kamilla, 31). *„A bábai gondozás úgy nézett ki, hogy volt folyamatos kontaktus online, illetve bizonyos időközönként találkoztunk otthonos körülmények között, tehát nem egy kórházi szobában, ahol átbeszélünk mindent. Tehát nem arra korlátozódott az ellátás, hogy jó, akkor most ráraclak a CTG-re, hanem beszélgettünk.”* (Luca, 27). *„[...] és talán ebben volt leginkább más, hogy éreztem, hogy figyelnek rám, és minden kérdésemre választ kapok, és meghallgatnak, és bármikor felhívhatom*

őket. Már a várandósgondozás alatt egy nagyobb ilyen személyreszabottságot és jelenléte tapasztaltam, nem csak ez a napi egy a húszból.” (Dorka, 23).

A nyugalom és a stressz hiánya ezekben az interjúkban leginkább abból adódott, hogy nem kellett bemenniük a kórházba, a folyamat természetességét hangsúlyozták, a vizsgálatokat is a kötelező vizsgálatokra korlátozták (mivel nem jelentkezett senkinél olyan probléma, ami további vizsgálatokat igényelt volna): *„Nem az volt, hogy havonta kötelező ellenőrzés, persze beszéltünk, de jóval nyugodtabb volt az egész. Azért az, hogy időre kell bemenni, érzünk oda az orvoshoz, legyünk pontosak, ez mind-mind stressz.” (Kamilla, 31).* *„A várandósgondozás során is támogatást éreztem. Ha szükségem van, kapok segítséget, ha nincs szükségem, akkor ők nem fogják számonkérni, hogy hogy vagyok.” (Villő, 36).*

A kötelező vizsgálatok az otthoni szüléskor is megtörténtek minden esetben. Az interjúalanyaim nagy része (10/7) olyan orvoshoz járt a kötelező alkalmakkor, aki támogatta az otthoni szülést, s ez hat esetben jelentett fogadott orvost. Három esetben a gyermekorvos nem támogatta az otthoni szülést, egy esetben az ultrahangon nem merete elmondani az édesanya a tervét.

2022-ben Magyarországon négy bábapraaxis üzemel, amelyekben több baba működik. Az interjúkban részt vevő édesanyák közül nyolcan bábapraxissal kötöttek szerződést,⁴⁵ ketten pedig független bábánál⁴⁶ hozták világra a gyermeküket az otthoni szülésük alkalmával. A mintában baba és kórházi orvos (magán) mindössze kétféle esetben ismerte egymást.

12.6. Az otthoni szülés élménye a kórházi szülés fényében

A narratívákban a vajúds és a szülés körülményeivel kapcsolatban vissza-visszatérő motívumokkal találkozhatunk. Ilyen az otthoni környezet fontossága, a béke, a nyugalom megléte, a szülési folyamatok megélésének vágya majd megtapasztalása. Minden nő azt érezte, hogy a saját kezében van a kontroll, hogy minden a saját akarata szerint történik, hogy ő és a születendő kisbaba van a középpontban, a támogató társas közeg pedig csak akkor avatkozik be, ha arra valóban szükség van: *„Tényleg minden úgy történt, ahogy én akartam. Úgy voltam, ahogy nekem kényelmes volt. Ha én le akartam feküdni, akkor lefeküdtem, ha sétálni akartam, akkor nem korlátozták a mozgásomat, ha éppen a fürdőbe akartam menni, akkor ott volt jó, ha székre akartam leülni, akkor úgy volt jó. Tehát ez, hogy abszolút nem zavart senki, nem voltak*

⁴⁵ Bábakalács szülésház (egy fő), a Holdudvar Bábaházon belül működő Bábaszolgálat Kft (egy fő), MindenholJó Bábapraaxis (két fő), Életfa Bábapraaxis (négy fő)

⁴⁶ Akik szintén rendelkeznek törvényes engedéllyel.

idegenek a környezetemben, így szerintem ez, hogy tényleg csendben, békében tudtam megszülni.” (Róza, 23).

Az otthonaszülést minden édesanya pozitív élményként élte meg. Három esetben kiemelték, hogy ugyanazokat az érzéseket élik át, ahogy mesélnek róla, mint amikor maga a szülés zajlott. Egy erőt adó, meghatározó folyamatról beszéltek, ami rengeteg pozitív következménnyel járt. Ketten is kiemelték, hogy azóta kiállnak magukért és véleményükért, hogy egy álopszerű, önbizalmat adó intenzív folyamatként élték meg a szülést, melynek feldolgozása, az eufórikus érzések kezelése pár alkalommal időbe is telt: *„Annyit adott az otthonaszülés a személyiségemhez, annyit tudtam belőle meríteni [...] teljesen más ember lettem, iszonyatosan nagy erőt tud adni, elképesztő önismereti út. Egy komoly próbatétel igazából, ami útravalóul szolgál az egész hátralévő életemben” (Luca, 27).* *„Szerintem szuper jól vagyunk kitalálva, és kicsit úgy érzem, ezt a tudást el akarják titkolni előlünk. [...] A nőkbe vetett hit, hogy mi tudunk szülni és hogy ez egy tök jó dolog, ez így elveszett a társadalomból. [...] tévhitnek és olyan dolgok kavarognak ezzel kapcsolatban, amit egy idő után el is hiszel.” (Dóra, 37).*

A fájdalom megélése és a fájdalomról való gondolkodás kapcsán minden interjúalanyom más tapasztalatokról számolt be a két helyszínhez kapcsolódó szülésükkel kapcsolatban: *„Az első szülésnél ott ordibáltam, elvesztettem az önkontrollt. A második szülésnél sokkal tudatosabb voltam. Fájt, de másképp éltem meg. A második szülésnél jött az eufória, míg az elsőnél csak a fájdalom⁴⁷ volt.” (Barka, 27).*

Hat esetben a fájdalom megélése, a testtudat megléte jelentette a kórházi vajúrástól való különbséget. Ketten intenzívebb fájásokról számoltak be, azonban ezek gördülékenyebben követték egymást, mert a saját ütemükben zajlottak, illetve hatalmas különbségnek érezték a szabad pozícióválasztás lehetőségét. Az interjúkból kiderül, hogy az édesanyák átérték, milyen, hogyha teljes tudtában vannak a testüknek, érezték a folyamatokat, és tudták, hogy mikor mit kell csinálniuk. Úgy érezték, testük mindig megfelelő jelzéseket küldött. A fájdalom hullámként való emlegetése gyakori, hiszen erősödő, majd csökkenő fájásokról számoltak be, ami a természetes kontrakciók jellemzője, szemben az exogén oxitocin által generált folyamatos, erős fájdalommal. Hárman kiemelték a vajúrási hétköznapi keretek között való megélését, pozitívként élték meg, hogy otthoni körülmények között, dolgaikat intézve, a gyerekekkel foglalkozva vajúráshoz jutottak: *„Tehát, hogy igazából az volt az egészben a jó, hogy senkinek nem volt semmiféle ilyen szülési pánikja, hanem tényleg itt történtek a nap eseményei, és egyre közelebb értünk ahhoz, hogy megszülessen Júlia.” (Villő, 36).*

⁴⁷ burokrepresszió, gátmetszés miatt

Összességében elmondható, hogy az édesanyák összehasonlíthatatlan fájdalomról számoltak be a szüléseik alkalmával. Mindkettőt fájdalmasnak élték meg, de a beavatkozásmentes szülés, a szabad pozícióválasztás, a fájdalom megélése, a tudatos jelenlét és testtudat, a fokozatosan, hullámként megjelenő fájdalom hozzájárult ahhoz, hogy az otthonaszülésük alkalmával a szülés eufórikus állapotban végződjön, amelyre a kórházi szülések alkalmával ritkán volt lehetőség, s ami a fájdalmat alapvetően átértelmezi. Jellemző, hogy az otthonaszülésnél kiteljesedik az a gondolat, hogy a jó fájdalom segít közelebb vinni a baba megszületéséhez, így egy segítő, adaptív, pozitív jelenségként emlékeznek rá, még hogyha a fájdalom mértékének érzete meg is egyezik az első szülésükkor érzett fájdalommal. Kettő alkalommal megjegyezték, hogy a kórházi szülés alkalmával is igyekeztek jó fájdalomként gondolni a fájdalomra, hogy ez segítsen a cél elérésében, azonban ezt a saját testük feletti külső kontroll és a beavatkozások miatt nem sikerült megélni.

A narratívákból az derül ki, hogy az édesanyák egyáltalán nem vágytak társaságra otthonaszülésük alkalmával. A bábák és a férjek jelenléte csak támogató szándékkal volt igényelt: *„Tehát nekem ezt jelentette a családom, hogy amúgy is ők vannak körülöttem, és szeretném, hogy most is ők legyenek körülöttem, és szeretném velük megosztani ezt az élményt, ami azért nyilván elsősorban bennem történik.”* (Villő, 36).

Kifejezetten egyedül vajúdás és szülés három esetben történt,⁴⁸ egyikük kiemelte, hogy a férje csak zavaró tényező volt, másuk pedig érezte a támogatást, de valós időben nem volt társakra szüksége: *„Engem rengetegen támogattak ebben a szülésben pszichésen, meg minden módon. Volt, aki imádkozott értem, nem tudom, tehát nagyon sokan, de a helyszínen senkire nem volt szükségem, és ez volt a csodálatos, hogy ez így meg tudott valósulni.”* (Csenge, 41). Minden további esetben a férj jelenléte csak távolabbi, figyelő helyzetben nyert értelmet. Ezen édesanyák úgy nyilatkoztak, hogy jó volt, hogy jelen voltak, de a szülés folyamatában nem volt rájuk szükségük. Hátszínként, megnyugvasként, a hétköznapiaság kivételéseként tekintettek rájuk. A kórházban a partner biztonságot, a védelmező erőt, a támogató személyt jelentette, amire otthon nem volt szükség.

A bábák jelenléte minden esetben megnyugvást, biztonságot jelentett. Csak pozitív jelzőkkel illették őket, négy esetben kitüntetett figyelemmel, és hosszan beszéltek róluk az interjúk folyamán: *„Hihetetlen nyugodtságot, és abszolút nulla stresszt, nulla aggodalom, még*

⁴⁸ Későn szóltak az édesanyák, így a bábák csak a szülés végére érkeztek meg, addig pedig telefonon keresztül támogatták a szülő nőt. Fontos megjegyezni, hogy az az otthonaszülést szabályozó rendelet a szülést mindenképpen szaksegítséggel zajló folyamatként értelmezi.

egy icipici megfordulása sem volt a fejemben annak, hogy veszélyben lennék, vagy hogy abszolút nem volt bennem olyan kérdés, hogy most ez így biztonságos-e, mert magától értetődőnek gondoltam, hogy ez így van jól.” (Róza, 23).

Az anyák úgy érezték, a bába biztonságot jelentett és teremtett úgy, hogy nem terelődött el róluk a fókusz. Úgy érezték, a bábák száz százalékosan jelen voltak, és egyikük kiemelte, hogy a kórházban nem érezte ugyanezt a jelenlétet a szülésznőtől, hiszen ő meghatározott keretek között mozgott: *„A bába jelenléte teljesen más jellegű volt, mint a szülésznőé a kórházban. mert azt a ritka tapasztalatot éreztem, hogy teljes mértékben jelen volt. Ott voltak a szülésnél, ott volt a pillanatban és ott és akkor igazából semmi más nem számított, csak én és a kisfiam. És ez a jó jelenlét, hogy úgy van jelen, hogy nem róla szól az egész, nem vette át az irányítást, csak ott voltak és segítettek.” (Dorka, 23).*

A bábák minden vizsgálathoz, döntések felmerülésekor engedélyt kértek, ami az egyik anyukában először furcsa érzetet keltett: *„Ezt tudtam, volt a felkészítőn, hogy nem fognak helyettem dönteni, hanem megkérdezik, mit szeretnék. Olyan mérges lettem először. Mi az, hogy mit szeretnék? Hát fogalmam sincs, hogy mit szeretnék.” (Dóra, 37).*

Személyüket anyai, anyagi képekkel jellemezték, akik alázatosan, szeretetben és törődéssel fordultak nőtársuk felé, akit kompetens félként kezeltek, és akiknek tudását nem kérdőjelezték meg: *„Ha azt mondom neked, hogy soha nem gondoltam volna, hogy anyukámon kívül más ember ilyen szeretettel tud velem bánni, akkor azt hiszem, nem túlzom el a dolgokat. Egy pillanatig nem éreztem rosszul magam, hogy engem most le kell fürdetni, vagy hogy ki kell segíteni a fürdőkádból, le kell fektetni az ágyra.” (Sára, 31).*

Egy esetben a bábák a vajúdas végére értek ki (az édesanya késői tájékoztatása miatt), ez félelmet keltett az édesanyában: *„Az éjszaka közepén vajúdtam, nem volt mellettem senki, még a férjem se, mert ő a nagyobbik lányunkkal volt. Simogattam a hasam, és mondogattam a pocakomnak, hogy kicsim, csak R. nénit várd meg. Kicsit féltem, megijedtem, de szerencsére a vajúdas végére megérkezett.” (Barka, 27).*

12.7 A szülés tágabb keretek között való értelmezése

A szülés maga, mint emberi tapasztalat, az általam megkérdezett édesanyák egybehangzó véleménye szerint egy meghatározó, semmihez nem fogható esemény, amely a szülés élményétől függően pozitív vagy negatív irányba is meghatározó lehet. Egy önismereti utazás, amely adott esetben megerősít az élet különböző területein, az emberi kapcsolatokban, a nőiségben, és önbizalmat ad. Többek elmondása szerint a pozitív élményű szüléseik óta sokkal jobban kiállnak magukért, a gyermekeikért, sokkal több önbizalommal rendelkeznek: *„Nagyon*

nagy megerősítés önmagamban, a nőiségemben [...] Tehát hogy vagy az evolúció, vagy Isten, aki megteremtett, vagy nem tudom, de hogy tökéletesen vagyunk összerakva, és hogy tényleg fantasztikusan működik a női test, és hogyha fantasztikusan működünk egy szülésnél, akkor fantasztikusan fogok tudni működni a családomban, az anyaságomban, a feleség szerepemben, a baráti kapcsolataimban, hogy akkor mindenben ott tudok lenni ugyanabban a minőségben, ahogyan a szülésemnél ott voltam. Hogy akkor én tényleg egy jól működő, jól összerakott ember vagyok, nő vagyok, és nekem ezt hozta, vagy ezt a tapasztalatot adta a szülés, és azt, hogy ki merjek állni magamért, a gyerekeimért. [...] Tehát, hogy nekem egy ilyen nagyon nagy önismeret és önbizalmat adó tapasztalat volt.” (Dorka, 23).

A szülés ügye az interjúk elkészítése idején egy kivétellel mindenkit kifejezetten foglalkoztatott. A legtöbb édesanya úgy fogalmazott, hogy az otthonszülésük után hevesen próbálták átadni az információkat, amelyek nem vezettek sok jóra. Azóta már mindegyikük szelíden próbálja átadni a tudást, a szüléstörténetük elmesélésével, cikkek írásával. A legtöbben könyveket, cikkeket olvasnak a témában, és/vagy a közösségi médiában osztanak meg cikkeket, követnek oldalakat (például: Másállapotot a szülészetben! mozgalom).⁴⁹: *„Tehát csak olyan helyeken merek beleállni a dologba, ahol tudom, hogy támogató közeg van, mert tényleg nem szeretném, hogy ez bárkiben rossz érzést keltsen.” (Sára, 31).*

Három édesanya szeretne aktívan részt venni az információk áramlásában, egyikük dűla, másikuk perinatális szaktanácsadó képzésen szeretne részt venni. A harmadik édesanya még útkeresésben van, a személyiségéhez legmegfelelőbb segítő módot próbálja megtalálni: *„A kisfiam kérdezte meg, hogy miért fontos nekem, akár ez a „Nő a hangunk” rendezvény,⁵⁰ hiszen én már nem tervezek szülni. És akkor mondom, igen, de neked majd lesz feleséged, aki majd szülni fog, meg a másik fiamnak is remélem lesz, meg hát talán majd a lányom is majd akar, és nem akarom, hogy nekik küzdeni kelljen ezért a jóért, meg titkolózni kelljen ahhoz, hogy a saját döntésüket érvényesíteni tudják, hanem hogyha ő úgy dönt, hogy otthon, vagy kórházban akar, akkor mindenhol megkapja a megfelelő figyelmet meg tájékoztatást. A kórházban azt érzem, hogy nem tájékoztatnak, csak a fejünk felett döntenek, és mi azt kötelesek vagyunk elfogadni, mert ha nem fogadjuk el, akkor veszélyeztetjük a gyermekünket és rögtön megdorgálnak minket, mint egy gyereket, aki nem fogad szót.” (Dóra, 37).*

Az interjúalanyaim közül még négyen szeretnének gyermeket, közülük hárman egyet vagy kettőt, egyikük pedig azt mondta, hogy „nincs felső határ.” Ezeket a gyerekeket ők mind otthon szeretnék megszülni. Akik nem szeretnének már gyermeket, azok sem a szülés

⁴⁹ <https://masallapotot.hu/>

⁵⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=r8zqsdS41CM>

tapasztalata miatt, hanem a gyermekek felnevelése, az anyagi korlátok, és a koruk miatt gondolkodnak így: „*A hol az nem kérdés. Igazából azt szoktam mondani, hogy ha csak szülni kéne, akkor lehet, hogy havi egyet bevállalnék.*” (Kamilla, 31).

13. Eredmények értelmezése, összegzése

Az édesanyák interpretációi rávilágítanak arra, hogyan értelmezik a kórházi és az otthoni szülésük kereteit, normarendszerét, elveit és gyakorlatait, illetve a szülés és az egyén kapcsolatát. Mindezt annak fényében tették, hogy mindkét típust megélték, személyes tapasztalatot szereztek benne, s otthonszülésük egy útkeresés eredménye volt. Fontosnak tartom azonban megjegyezni, hogy interjúalanyaim között voltak olyan édesanyák, akiknek első vagy többedik kórházi szülése jó élmény volt, mely mutatja, hogy a kórházi és az otthonszülés közötti különbség lényege nem a helyszín, hanem a szemlélet. Elemzésem alapján azonban kirajzolódik, hogy az (első) kórházi és az otthonszülés közötti különbség megragadható szinte az összes, a dolgozatomban elemzett pontban.

Jellemző, hogy a válaszadók az otthonszülésről szerzett tapasztalataikat a kórházi szülésük fényében, annak viszonylatában értelmezik, s viszont – kórházi szülésükről is utólagos, az otthonszülés tapasztalatával átitatott, értelmezett élményvilággal rendelkeznek. Tehát nem önmagában, hanem valamihez képest, s ebben az összehasonlításban mindig az otthonszülés kerül a pozitív vagy a pozitívabb oldalra. Ez ugyanakkor vissza is hathat a viszonyítási pontra, amelyet ennél fogva még negatívabban érzékelnek. Ezekben az esetekben a természetes áll szemben a „nem természetessel”, a holisztikus szülésmodell a technokrata szülésmodellel, ahol a szülés természetéből fakadóan interjúalanyaim a természetes megoldásokat tartják helyénvalónak és működőképesnek. Ez azonban összhangban áll előzetes elvárásaikkal és a szüléssel kapcsolatos értékrendjükkel, így a megismerési folyamat önmagát erősíti.

Interjúalanyaim mind megtapasztalták a medikalizált szüléset, de meg is kérdőjelezték azt. A negatív élményeik, a traumáik, a kíváncsiságuk tette lehetővé, hogy megismerkedjenek az alternatív szülés módokkal. Továbbá az eredményeim alapján nagy hangsúllyal azok az elvárások is lehetővé tették ezt a megismerkedést, amelyek eleve bennük voltak, de nem elégítődtek ki maradéktalanul. A szülésről való elképzeléseik – a posztmodern szüléskultúra elveivel való megismerkedésük előtt – nem vágtak egybe a tapasztalataikkal, ami nagy szerepet játszott abban, hogy elmélyedjenek a kérdésben és alternatívákat keressenek. Ehhez az esetek többségében le kellett vetkőzniük azokat az előítéleteket, amelyek az otthonszüléstől a legtöbb nőt eltávolítják, s az ismeretszerzés útján választási lehetőséget teremtettek saját maguk számára. A korábbi magyar vizsgálatokhoz (Kisdi, 2013a, Varró, 2015) hasonlóan úgy találtam,

hogy az otthonszülés tudatos választás eredménye, az otthonszülő nők körében a kórházzal, illetve az ott folyó technokrata szülésvezetéssel kapcsolatos ellenérzések sok esetben egy traumatikus előző szülésből, vagy ha nem is saját, de az anyát érzékenyen érintő negatív szülésélményből erednek, melyet kiegészít a nő kereső, alternatívákban gondolkodó attitűdje.

A tervezés és a felkészülés időszaka is jellemzően eltérően zajlott a két szülés alkalmával. Kutatásom eredményeként megfigyelhető, hogy az édesanyák visszagondolva úgy érzik, nem jól készültek fel a szülésükre. A szülést egy tőlük idegen folyamatként értelmezték melyben az ő feladatuk a külső autoritásba vetett feltétlen bizalom. Mivel ezeknek az édesanyáknak nem volt még szülési tapasztalata, abszolút a személyzetre bízta magukat, s az információk csak korlátozottan jutottak el hozzájuk, ők pedig nem keresték tudatosan. Azoknak, akiknek voltak elképzeléseik akár más szüléstörténetekből, akár előzetes tudásukból, gyakran nem tudták ezt kamatoztatni a kórházakban jelenlevő hierarchikus viszonyok miatt. Volt, ahol a szülő nő jelezte akaratát, nyíltan kifejezte véleményét, mely a posztmodern szüléskultúrát alapvetően jellemzi. Az otthonszülésre való felkészülés sokkal tudatosabb volt, mely a bábai szemlélet sajátosságaiból fakad. A tudásorientált, kötelező bábai szülésfelkészítő nagyban hozzájárult az édesanyák felkészültségéhez. A bábai modellben a felkészítés a testi-lelki-szociális folyamatokra, az önismeretre, a reprodukciós jogokra, a nemzetközi ajánlásokra,⁵¹ a szoptatásra, az anyasági ellátás minőségéről és következményeiről szóló legújabb kutatásokra egyaránt kitér. Nem felejtethjük el azonban, hogy ezen felkészülés alaposságához hozzájárult az is, hogy – bár a kórházi és otthonszülés teljesen más – az édesanya átélte már a szülés folyamatát.

A két szüléshez kapcsolódóan a várandósgondozásban az orvosi és bábai modell szemléletbeli különbségei „a közreműködő szakember és a szülő nő teste közötti viszony kérdésében” (Hadas, 2010) mutatkoznak meg leginkább. Míg az egyikben az orvos-páciens viszony jellemző, a másikban kooperatív viszony van a szülő nő és a baba között (Hadas 2010). A kórházi élményekkel kapcsolatban a narratívákban megjelenik a szülésvezetés, a beavatkozások, a rutinszerű, gyakran fájdalmas belső vizsgálatok, a modern eszközök szükségessége, a kórházi körülmények, melyek a „betegszerep” jelenlétét erősítik az édesanyákban, és elveszik a fókusz magáról a szülésről. Noha mindez a szülés biztonságát

⁵¹ Mint pl. World Health Organization (2018), illetve International Childbirth Initiative (ICI) <https://icichildbirth.org/about/>

hivatott szolgálni, az otthonszülésig eljutó anyákban megkérdőjeleződött a medikalizált út hatékonysága. A környezet, a kórházi ruha, a kiszolgáltatottság érzése és a többségében feleslegesnek ítélt beavatkozások az édesanyák szerint csak erősítették a betegszerepet és megnehezítették vagy ellehetetlenítették az ideálisnak ítélt normális (beavatkozásmentes) szülést. Az első szülésük alkalmával az anyák még csak ösztönösen érezték, hogy nem a medikalizált szülés a „normális”, de későbbi keresésük, olvasmányaik és a megszerzett információk, továbbá az otthonszülés élménye már elmélyítették bennük azt a hitet, hogy a szülés egy valóban természetes folyamat. Nem csak a retorika szintjén, hanem a valóságban is lehet az. Az otthonszülésre való felkészülésük lehetőséget adott arra, hogy megismerkedjenek a preventív rutineljáráások rövid- és hosszú távú hatásaival, az endogén és exogén oxitocin hatásmechanizmusával. Az édesanyák véleménye szerint a kórházakban nem kezelték őket kompetens félként, egy alárendelt szerephez kellett alkalmazkodniuk. A megjelenő érzetek, tapasztalatok a modern szüléskultúra szemléletének, normáinak kivetülései, amelyek az intézmény hatalmát jelenítik meg a hierarchikus berendezkedésen és a tekintélyelvű gyakorlatokon keresztül. Az interjúkban résztvevő édesanyák kritikusan szemlélték a modern szüléskultúra egyes elemeit, ugyanakkor remélik, hogy a nőközpontú szemlélet a jövőben elterjedtebbé válik, hiszen maguk megtapasztalták előnyeit, ezt találták logikusnak, előnyösnek a babára és az anyára nézve egyaránt. A szüléskultúra differenciálódásának éppen azok a családok lehetnek a mozgatórugói, akik saját tapasztalataikat átadják a sorstárs-közösségeknek.

Az édesanyák egybehangzó véleménye szerint a rutinbeavatkozások nélküli szülés minden nő joga lenne, és kiemelik, hogy elsősorban nem a kórházakkal vagy a szakszeméllyezettel van problémájuk, hanem a standardizált szülési protokollal, a kórházi szokásokkal, ami elidegeníti a születés folyamatát, nem engedi érvényre jutni a szülés és születés természetes rendjét, mert a szülés kulturális felügyeletének, irányításának kényszere felülírja a természetet. Az édesanyák vágya születeik alkalmával a háborítatlanság átélése és a szülést támogató szakemberek támogató figyelme, melyet legtöbb esetben nem éltek át az édesanyák. A kórházak célja is ez lenne, csak az édesanyák ezt másképp élik meg. Úgy érzik, a valódi értékeiket, tehát a baba és a mama testi-és lelki egészségének a vágyát felülírja a protokollhoz való ragaszkodás, a hierarchia okozta személyi ellentmondások, a munkaidőből adódó időkeretek, illetve a szakemberek leterheltségéből adódó egyszerűsítő megoldások. Az édesanyák értelmezésében megjelenő problémák a kórházi protokollal szemben valójában az elméleti medikalizált szemlélettel kapcsolatban megfogalmazott kritikák, hiszen a kórházi protokoll az ezen elméletek gyakorlati változata, mellyel az édesanyák találkoznak. Az indokolatlan tűnő, vagy el nem magyarázott beavatkozások, a fájdalomcsillapítás módja, a szabad pozícióválasztás

hiánya vezetik az édesanyákat az otthonszülés felé, ahol a háborítatlanság minden esetben megvalósult. Az édesanyák mindegyike kivétel nélkül pozitív tapasztalatként élte meg az otthonszülését, továbbá pozitív emlékként beszélnek róla azóta is. Az édesanyák érezték és tudták, mit kell tenniük a vajúdas és a szülés közben, teljes tudatában voltak a testüknek, hiszen a bábai felkészítés során nagy hangsúlyt fektettek erre és az ehhez kapcsolódó érzésekre. Az ismeret, a tudás csökkenti a szorongást, ennek következtében pedig a fájdalom megélésének a módja is változik. Úgy érzik, segített személyiségfejlődésünkben, az önképük letisztulásában, önbizalmat, tudatosságot adott, illetve több módon hatással van a jelenlegi életükre. Mivel a kutatások szerint (Lundgren et al. 2009, Varga 2015, 2019, Bohren et al. 2017) a szülés-születés élménye hormonális, epigenetikai úton és hosszú távon hat mind a nőkre, mind a babára, nem mellékes annak minősége.

Az interjúkban a kórházi szülésnél meghatározó a társ szerepe, az édesanyák védelmezőként, biztonságot adó társként tekintettek férjeikre a kórházi tartózkodásuk alatt. Jelenlétüket pozitívan ítélték meg, többen kiemelték, hogy nélkülük elképzelni sem tudták volna a szülésüket. Az otthonszülésnél azért nincs nagy jelentősége a férj/pár jelenlétének, mert az a szerep, amit az anyák a kórházi szülésük alatt neki tulajdonítottak, itt nem releváns. A férjek feladata többségében vigyázni a gyermekekre, segíteni a szülés után teendőkben, vagy éppen a bábák fogadása. Az általam vizsgált kórházi szülések egyikénél sem volt dűla jelen, azonban más kutatások arra az eredményre jutottak (Kisdi, 2013a), hogy a dűla jelenlétét a kórházban az édesanyák nagyra értékelik, de az otthonszülés esetében nem érzékelik igazán nagy jelentőségét, mert ott nem kell az érdekeiket képviselni. A kórházi szüléseknél az esetek többségében sem az orvos, sem a szülésznő nem jelent meg hangsúlyosan a narratívákban, mint társas támaszt nyújtó személy, ellenben az otthonszülésnél a baba személye, támogató jelenléte kapja a legnagyobb hangsúlyt. Ez rávilágít a technokrata szüléskultúra és a bábai modell közötti lényeges különbségre: míg a technokrata szüléskultúrában a fókusz a technikai eszközökkel mérhető fizikai állapot mérésén és koordinálásán van, ráadásul a rendszert megbénítja a szakemberhiány és a túlterheltség, illetve az intézményesült tekintélyelv, addig a bábai modell az egalitárius viszonyokon és a személyre szabott szolgáltatáson alapszik. Utóbbi természetesen nem lenne elképzelhető minden szülésre kiterjesztett módon, hiszen akkor ott is megjelenének az infrastrukturális és humánerőforráshiányból eredő problémák, de egyénközpontú perspektívából a különbség rendkívül látványos a szülő nő támogatásában. Deákné és munkatársai (2018, 8.o.) is arra a következtetésre jutottak, hogy a pozitív szülésélményt nagyban meghatározza a szakszemélyzet részéről érzékelt együttműködési attitűd.

A megkérdezett édesanyák női létükből adódóan úgy gondolják, hogy tudnak szülni, de ettől a tudástól megfosztották őket a kórházban, és ez a tudás az otthonaszülésükben teljesedett ki. A szülés képességébe vetett hit egyáltalán nem szükségszerű a szülés előtt álló nők körében (Kisdi 2018, Sallai – Martos – Hegyi 2015), ám mintámban közös jellemzőként jelentkezett, ami minden bizonnyal magyarázatot ad az otthonaszülés választására. A szülés, mint női tudás megléte már a várandósságaik előtt is megjelent az édesanyáknál, azonban ez a kórházi szülésüknél csak ritkán nyert igazolást. A mesterséges fájdalomcsillapítás, a beavatkozások, a vajúdás és a szülés alatti korlátozások a legtöbb esetben nem hagyták kibontakozni ezt a tudást. A gyermek megszületése nem hozta magával az eufória érzését, ellentétben az otthonaszúlással, ahol ez mindig jelen volt. Varga és Suhai szerint (2002) a szülést módosult tudatállapot kíséri, amelyet előidéznak a szülés alatt végbemenő hormonális változások és a szülés lélektanából adódó erős érzelmek. A szülés során a kísérőknek fontos tudniuk, hogy a módosult tudatállapot során nem mindennapi érzelmeket él át a szülő nő, így minden tettnek, szónak jelentősége van, sőt, ezek felnagyítva jelennek meg és raktározódnak el az édesanyában. (Héjja-Nagy, 2015, 320.o.) Interjúalanyaim az első (kórházi) szülésük alkalmával még nem ismerték ezeket az összefüggéseket, csak „ösztönösen” a szülés természetes lefolyását, ehhez pedig a nyugodt, támogató környezetet igényeltek. Az otthonaszülésükre való készülés során azonban megismerkedtek a fenti összefüggésekkel, így már tudatosan keresték a háborítatlan szülés lehetőségét. A bábák tapasztalataikból, női létükből adódóan szintén képesek e tudás birtokosaiként megjelenni a szülő nők szemében, s egyfajta bensőséges bizalomkör kialakulásáról hallhatunk velük kapcsolatban. Kisdi Barbara elemzéséhez hasonlóan (2013a) a saját vizsgálatom eredményei is azt mutatják, hogy az otthonaszülés élménye „bent tartja a körben” a nőket, beszippantja a téma, tovább foglalkoztatja őket, mert olyan felfedezést tettek, amire maguk sem számítottak, és amit tovább akarnak adni. Jellemző lesz rájuk egy világmegváltó, érdekérvényesítő lendület, ami többé vagy kevésbé, de ettől kezdve szerepet játszik az életükben.

A fájdalomról való gondolkodás és a fájdalom megélése is különbözik a két szülészmód alkalmával. Az édesanyák összemérhetetlen fájdalmat említettek a két szülésük alkalmával, de nem a fájdalom mennyisége, hanem a minősége jelentette a különbséget. A kórházi szüléshez a kibírhatatlan fájdalom képe kapcsolódik, amelyet az édesanyák a mesterséges oxitocinnak, a beavatkozásoknak és a szabad pozícióválasztás hiányának, tehát végeredményben a testük feletti kontroll elvesztésének tulajdonítanak. Az otthonaszülés esetében a természetes fájdalom adaptív, segítő jellegét hangsúlyozták, amit a testtudatosság erősít meg számukra. Ez a motívum általánosan jellemzi az otthonaszülést megtapasztalt nők gondolkodását: bizalom a női testben,

a női funkciók működésében, a testi-lelki folyamatok összhangjában, a szülés minőségének jelentőségében, amiért tenni nem csak az egészségügy, hanem az egyén feladata.

Ahogy az dolgozatomból kiderül, a szülés-születés témaköre megannyi kutatói lehetőséget vet fel, az erről való társadalmi diskurzus egyes körökben már megjelent, azonban össztársadalmi szinten még várat magára. Fontos lenne, hogy erről a témakörrel ismeretanyaggal rendelkezünk, az ehhez kapcsolódó és az ebből következő kérdések a mindennapjaink részévé váljanak. Engem a szülés-születés genderpolitikai vetülete, a férfi-női egyenlőtlenség kérdése és a szülés, mint női tudás ténye, női eseményként való értelmezése foglalkoztat leginkább.

14. Irodalomjegyzék

1. Bálint Sándor (1991). A természetes szülés hipotézise. *Lege Artis Medicine* 1 évfolyam, 3. szám, 174-179. oldal http://golyafeszek.hu/files/pszichoterapia-doc/a_term%C3%A9szetes_sz%C3%BCI%C3%A9s_hipot%C3%A9zise.pdf (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
2. Bales, Karen L. – van Westerhuyzen, Joel A. – Lewis-Reese, Antoniah D. – Grotte, Nathaniel D. – Lanter, Jalene A. – Carter, Sue C. (2007). Oxytocin has dose-dependent developmental effects on pair-bonding and alloparental care in female prairie voles. *Hormones and Behavior*, 52 (2): 274–279. oldal
3. Bánfalvi Attila (2009). Ami morális volt, medikálissá vált. Az Eszterházy Károly Főiskola tudományos közleményei (Új sorozat 36. kötet). Tanulmányok a filozófiatudományok köréből = *Acta Academiae Paedagogicae Agriensis. Sectio Philosophica*. 24-35. oldal
http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/3076/1/24-35_Banfalvi.pdf (letöltés dátuma: 2022.04.21)
4. Benedek H. Erika (1998). *Út az életbe. Világképelemzés csángó és székely közösségek születéshez fűződő hagyományai alapján*. Kolozsvár, Stúdium Könyvkiadó
5. Bohren, Meghan A. – Hofmeyr, Justus G. – Sakala, Carol – Fukuzawa, Rieko K. – Cuthbert, Anna (2017). *Continuous support for women during childbirth*. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd. (Cochrane Systematic Review). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
6. Davis-Floyd, Robbie (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press Berkley, Los Angeles – London

7. Deákné dr. Dusa Ágnes - Markos Valéria - Dr. Engler Ágnes - Várfalvi Marianna (2019). *Szülés körülményei kutatás*. Budapest, Kopp Mária Intézet
https://www.koppmariaintezet.hu/docs/KINCS_szules_korulmenyei_20191202.pdf
 (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
8. Descieux, Katie – Kavasseri, Karthik – Parlier, Anna – Scott, Kacey (2017). Why Women Choose Home Birth: A Narrative Review. BSa Mountain Area Health Education Center, Asheville, NC Division of Research, Division of Family Medicine
https://sys.mahec.net/media/onlinejournal/why_women.pdf#:~:text=Results%3A%20Women%20choosing%20home%20birth%20tend%20to%20be,previous%20negative%20exp
9. Foucault, Michel (1996). *A szexualitás története. A tudás akarása*. Budapest, Atlantisz Kiadó
10. Garai Mixi (2016). *Az erőszak és ellenségkép-képzés diskurzív stratégiái*. Magyar Szociológiai Társaság
11. Hadas Miklós (2010). Férfiuralom és szülészeti gyakorlat Magyarországon. *Publicisztika* – LIV. évfolyam, 49. szám
<https://www.es.hu/cikk/2010-12-12/hadas-miklos/ferfiuralom-es-szuleszeti-gyakorlat-magyarorszag.html> (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
12. Herczog Mária (2007). Ember születik. *Család, gyermek, ifjúság*, 6. szám 22-25. oldal
https://epa.oszk.hu/03400/03457/00071/pdf/EPA03457_csalad_2007_6_022-025.pdf
 (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
13. Héjja-Nagy Katalin (2015). A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi Barbara (szerk.) *Létkérdések a születés körül*. Budapest, L' Harmattan Kiadó 315-338. oldal
14. Hutton, Elieen – Reitsmab, Angela – Simionib, Julia – Bruntonc, Ginny – Kaufman, Karyn (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta analyses. *EClinical Medicine* (14) 59-70. oldal
[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(19\)30119-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(19)30119-1/fulltext) (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
15. Inglehart, Ronald (1977). *The Silent Revolution*. Princeton, Princeton University Press
16. Jordan, Brigitte (1983). *Birth in Four Cultures*. Montreal-London, Eden Press
17. Jung, Carl Gustav (1981). *Über die Psychologie des Unbewussten*. Frankfurt am Main, Fischer Kiadó

18. Jung, Carl Gustav (1990). *Bevezetés a tudattalan pszichológiájába*. Budapest, Európa Kiadó
19. Kisdi Barbara (2011). A születés nézőpontjai: Az otthonaszülés antropológiai értelmezése. *Szellem és tudomány* 2011/1. szám 107-124. oldal
20. Kisdi Barbara (2012). A női test dekolonizációja. *Néprajzi Látóhatár* 2012/3. szám 23-47. oldal
21. Kisdi Barbara (2013a). *Mint a földbe hullott mag*. Budapest, L'Harmattan Kiadó
22. Kisdi Barbara (2013b). Az otthonaszülés mint társadalmi körjelző tünet. *Kapocs* 58 XII. évfolyam/3.szám 29-43. oldal
23. Kisdi Barbara (2015a). Minden dolgok jó kezdete. Jól Szülni és jól születni In Smid Bernadett (szerk.) *Minden dolgok folytatása. Tanulmányok Deáky Zita 60. születésnapjára*. ELTE BTK Néprajzi Intézete, Budapest, 397-420. oldal
https://edit.elte.hu/xmlui/static/pdfs/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/61907/VEGLEGES_minden%20dolgok%20folytatasa%20nyomdai%20pdf%20utolso.pdf?sequence=1&isAllowed=y (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
24. Kisdi Barbara (2015b). Otthonaszülés-mozgalom Magyarországon Az online érvczata tanulságai. In Kisdi Barbara (szerk.): *Létkérdések a születés körül*. Budapest, L'Harmattan Kiadó 205-222. oldal
25. Kisdi Barbara (2016a). Rettenetes-Túlélhető-Csodálatos. In Karlovitz János Tibor (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. International Research Institute s.r.o., Komárno, 321-330. oldal
26. Kisdi Barbara (2016b). Miért, nem a gólya hozza? Fiatal nők képzetei a születésről. In Torgyik Judit (szerk. 2017.): *Válogatott tanulmányok a társadalomtudományok köréből*. International Research Institute s.r.o. Komárno, 255-265. oldal
27. Kisdi Barbara (2018). Notions of young women without children about childbirth. *European Journal of Mental Health* 13 (1): 19–37. oldal
DOI <https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.3>
28. Kisdi Barbara (2019). A modern születészeti gyakorlat kulturális antropológiai értelmezése. In Varga Katalin – Andrek Andrea – Molnár Judit (szerk.): *A születés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest, Medicina 74-89. oldal

29. Kisdi Barbara (2020). Az elveszített tudás. Az ősi szüléskód nyomában. In Antalóczy Tímea – Povedák István (szerk.): *A tudás mítosza*. Kapitány 70. MOME - MAKAT Modern Mitológiakutató Műhely, Budapest, 85-97. oldal
30. Kisdi Barbara (várható megjelenés: 2022). *A dúla családtámogató szerepe a perinatális időszakban*
31. Kitzinger, Sheila (2008). *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest, Alternatal Alapítvány
32. Központi Statisztikai Hivatal (2015). *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2014*. Budapest, 2015 86-97. oldal
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/egeszsegugyi_evkonyv_2014.pdf
(letöltés dátuma: 2020. 02. 26.)
33. Központi Statisztikai Hivatal (2021). Gyorstájékoztató-Születések száma
<https://www.ksh.hu/gyorstajekoztatok/#/hu/list/nep> (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
34. Kvale, Steinar (2005). *Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba*. Budapest, József Műhely Kiadó
35. Larkin, Patricia - Begley, Cecily M. - Devane, Declan (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25 (2), 49-59. oldal
36. Leboyer, Frederick (1994). *A gyöngéd születés*. Budapest, T-Twins.
37. Leboyer, Frederick (2008). *Szülés gyöngéden*. Budapest, Katalizátor Kiadó
38. Losonczy Ágnes (1999). A legnagyobb életforduló: a gyermekvárás, szülés, születés a társadalomkutató szemével. In: *Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban*: kongresszusi tanulmánykötet. Budapest, Animula Kiadó 104-117. oldal
39. Lothian, Judith, A. (2009). Safe, healthy birth: What every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education* 18 (3) 48-54. oldal
40. Lundgren, I. – Karlsdóttir, S. – 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
41. Melzack, Ronald (1977). *A fájdalom rejtélye*. Budapest, Gondolat Kiadó
42. Moberg, Uvnas K. (2003). The oxytocin factor: tapping the hormone of calm, love, and healing. *Da Capo Press*, New York
43. Novák Julianna (2015). Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In Kisdi Barbara (szerk.): *Létkérdések a születés körül*. Budapest, L'Harmattan Kiadó 149-184. oldal

44. Odent, Michel (1994). *Mindannyian a víz gyermekei vagyunk*. Budapest, Biográf Kiadó
45. Odent, Michel (2003) *A szeretet tudományosítása*. Napvilág Születésház Bt.
46. Rados Melinda – Mészáros Judit (2017). *A támogató környezet szerepe a szülési stressz kezelésében* *Orvosi Hetilap*, 158. évfolyam/29. szám 1149-1156. oldal
<https://akjournals.com/view/journals/650/158/29/article-p1149.xml>
 (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
47. Sallay Viola – Martos Tamás – Hegyi Eszter (2015) Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei. In Kisdi Barbara (szerk.) *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében*. Budapest, L'Harmattan, 291-313. oldal
48. Sági Matild (2002). Az orvosi hivatás. In: Szántó-Susánszky (szerk): *Orvosi szociológia*. Budapest, Semmelweis, 77-88. oldal
49. Stenglin M, Foureur M. Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery* 2013, (29) 819–825. oldal
50. Szántó Zsuzsa - Susánszky Éva (szerk.) (2002). *Orvosi szociológia*. Budapest, Semmelweis
51. Szabik Imre (2002). Ki marad a kamrában? Töprengés az otthon szülésről. *Lege Artis Medicine* 12. évfolyam/3. szám 172-180. oldal
52. Varga Katalin – Suhai-Hodász Gábor (2002). *Szülés és születés. Lélektan innen és túl*. Budapest, Pólya Kiadó
53. Varga Katalin – Andrek Andrea – Hercog Mária (2011). A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In Balázs István (szerk.): *A génektől a társadalomig: A koragyermekkorai fejlődés színterei*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
54. Varga Katalin (2015). Az oxitocin pszichoemotív hatásai a szülés-születés szemszögéből. In Kisdi Barbara (szerk.) *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében*. Budapest, L'Harmattan, 265-289. oldal
55. Varga Katalin (2019) A szülés-születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga Katalin – Andrek Andrea – Molnár Judit (szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina, Budapest, 276-284. oldal
56. Varró Gabriella (2015). Így szülünk mi – szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon. In Kisdi Barbara (szerk.): *Létkérdések a születés körül*. Budapest, L'Harmattan Kiadó 185-204. oldal

57. Vincze Felícia – Lipienné Krémer Ibolya (2016). Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. Orvosi hetilap 157. évfolyam/ 11. szám 415-423. oldal <https://akjournals.com/view/journals/650/157/11/article-p415.xml> (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
58. Tari Gergely Róbert (2020). *A férfi és női testek medikalizációja a XIX. századtól napjainkig*. Doktori disszertáció, Szegedi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Málnási Bartók György Filozófia Doktori Iskola Etika és alkalmazott filozófia alprogram <http://doktori.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/10677/> (letöltés ideje: 2022. 02. 26.)
59. Zielinski, Ruth – Ackerson Kelly, Low, Lisa (2015). *Planned home birth: benefits, risks, and opportunities* In Dovepress <https://www.dovepress.com/planned-home-birth-benefits-risks-and-opportunities-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH> (letöltés ideje: 2022.05.30.)

Internetes források:

60. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról (Magyar Közlöny 2019 (20) 2193-2212. oldal https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csalad_barat.pdf (letöltés dátuma: 2022.04.21)
61. <https://ablakavilagra2.wixsite.com/ablakavilagra>
62. <https://juratus.elte.hu/jogkerules-a-szuloszobaban-a-szuleszeti-eroszak-kerdese-magyarorszagon/>
63. Életfa Bábapraaxis (2021). Otthonszülés Statisztika <https://otthonszules.eu/statisztika/> (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
64. Kránicz Dorottya (2021). A koronavírus hozhatja el az otthonszülés forradalmát? Budapest, HVG https://hvg.hu/élet/20210114_A_koronavirus_hozhatja_el_az_otthonszules_forradalmat (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
65. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) (2021.) <https://tasz.hu/cikkek/halapenz-nelkul-is-lehetseges-hogy-ott-legyen-az-orvosunk-a-szulesnel> (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
66. Otthonszülés szabályozására vonatkozó rendelet: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100035.kor>

67. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv> (letöltés dátuma: 2022. 02. 26.)
68. <https://www.intimtorna.hu/> (megtekintés dátuma: 2022. 02. 22.)
69. Az interjúra való bejegyzésre ebben a csoportban volt lehetőség reagálni, jelentkezni:
<https://www.facebook.com/groups/641135305997728/>
70. Másállapotot a szülészetben! mozgalom honlapja: <https://masallapotot.hu> (megtekintés dátuma: 2022.02.22)
71. <https://icichildbirth.org/about/> (megtekintés dátuma: 2022.04.21)
72. <https://index.hu/belfold/2021/11/08/muller-cecilia-latogatasi-tilalom-apas-szules/>
73. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>).
74. <https://www.youtube.com/watch?v=r8zqsdS41CM>