

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR

PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA

ELMÉLETI PSZICHOANALÍZIS PROGRAM

”EGYMÁS-ÁLLAPOT”

**SZÜLÉSZNŐK-BÁBÁK-DŰLÁK TAPASZTALATAI A
SEGÍTŐ KAPCSOLATRÓL: INTERPRETATÍV
FENOMENOLÓGIAI ANALÍZIS**

Doktori értekezés tézisei



Székely Zsófia

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta

Pécs, 2018

TARTALOMJEGYZÉK

PROBLÉMAFELVETÉS, TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA	3
ELMÉLETI BEVEZETŐ	5
1. A vajúadás/szülés diskurzusai tudománytörténeti kontextusban	6
2. A test, a betegség trauma társadalomtudományi narratívái	7
3. Gyógyító kapcsolat, pszichoterápiás helyzet	8
4. A feminista és pszichoanalitikus diskurzus	9
5. Társas támogatás	10
KUTATÁS	11
6. A kutatás célja és a kutatási kérdések	12
7. Kutatási elrendezés	13
8. A vizsgálati helyzet	14
8.1. Tematikus képek értékelése	14
8.2. Interjú – szüléstörténet és ezzel kapcsolatos témák	14
8.3. Kiegészítő kérdések	15
9. Többlépcsős elemzés	16
10. A vizsgálatban részt vevő személyek	17
A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA	19
11. A kibontakozó témák összegzése	19
12. Az interjúelemzők komplex értelmezései	22
13. Megvitatás	23
DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ	25
14. Az elemzések hermeneutikai szintje	26
15. A vajúadás/szülés kritikai értelmezése	27
A DISSZERTÁCIÓ ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSAI ÉS GYAKORLATI JELENTŐSÉGE	28
AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK	31
FELHASZNÁLT IRODALOM	33

PROBLÉMAFELVETÉS, TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

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

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

Kutatásunkkal a tudományos diskurzusban az utóbbi időben gyarapodó, vajúrást/szülés élményével, fenomenológiájával foglalkozó kvalitatív vizsgálatokhoz csatlakozunk. A vajúrással/szüléssel kapcsolatos tudományos kutatások elsöprő többsége a medikális szemléletben fogant, és eredményeik is ezt a paradigmát tükrözik vissza (Héjja-Nagy 2014; Dixon, Skinner & Foureur 2013, Armstrong & Feldman 2001). A vizsgálódások témájukat tekintve általában a szülés és születés élményét, a folyamat medikális és bio-pszichoszociális összetevőit taglalják (Varga 2011a, 2011b; Pápay & Rigó 2015). Újabb keletű és kevesebbet kutatott téma a szülés körüli segítők munkájának fókuszba állítása (pl. Lipienné Krémer, Rados, Pálvölgyi, Dió, Mészáros & Soósné Kiss 2016; Gebriné Éles, Takács, Kósa, Heinrichné Kószegi & Lampek 2017; Hunter 2001; Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdóttir & Kirkham 2008; Lundgren & Dahlberg 2002). Az utóbbi időben nyernek teret a holisztikus szemléletű, nők szubjektív élményére vonatkozó kérdésfeltevással és módszerekkel dolgozó kutatások (pl. Hunter 2006; Kisdí 2015; Kitzinger, C. 2004; Kitzinger, S. 2008). A medikalizált szülészeti gyakorlat az utóbbi harminc évben humanizálódik, de ez a változás még nem vált rendszerszinten általánossá (Novák 2015). A holisztikus szemlélet felé hajló, humanizált szülészeti ellátást intézményekben gyakorló orvosok és szülésznők tapasztalataikon alapuló tudásukat, kutatási eredményeiket ritkán publikálják.

A vajúrást/szülés során létrejövö segítő kapcsolat minősége kiemelt jelentőségű a magas szakmai színvonalú ellátás tekintetében, kutatásunk a női segítők élményének kvalitatív vizsgálatával és elemzésével járul hozzá a téma tudományos diskurzusához. Választott módszerünk, az interpretatív fenomenológiai analízis – IPA, a kvalitatív stratégiák közül is újdonságnak számít, Magyarországon az utóbbi néhány évben indultak el e módszertannal dolgozó kutatások (Rácz & mtsai 2015, 2016). PhD szintű, többlépcsős kutatás tekintetében tudomásunk szerint hazánkban az első ilyen munkát közlöm értekezésemben.

Az értekezésben a vajúrást/szülés kifejezést használom annak a folyamatnak a jelölésére, melynek során a nő világra hozza gyermekét, és amely során a kutatásunk tárgyát képezö segítő folyamat létrejön. A szülés a vajúrást végén következik be, és bár a két folyamat egymástól elválaszthatatlan, mégis más jellegűek, mind biológiai, mind pszichoszociális

értelemben, így a két kifejezés közül bármelyik használata leszűkítené a jelentését témánk relevanciája szempontjából. A versengő diskurzusok mélyreható különbségeit jól mutatja, hogy már az élettani vajúadás és szülés leírása sem egységes: mind a különböző szakkifejezések használatában, mind az eltérő elméleti szempontok alkalmazásában tükröződik az a szemléletbeli különbség, ami az egyes szerzők kiindulási pontját képezi. Értekezésemben a kritikai pszichológiai szemléletből kiindulva számos ponton reflektálok erre a jelenségre is.

„Talán nincs még egy medikalizált terület, ahol ennyire rejtetté vált volna maga a medikalizáltság. Az emberek nagy részének teljesen természetesnek tűnik, hogy a szülés „orvosi probléma”, a szülés medikális kontrollja pedig a társadalmi és kulturális fejlettség egy fontos jele” (Bánfalvi 2003). Ez a kijelentés a tudományos, és ezen belül a pszichológiai diskurzusokra is igaz, nem csak a közbeszéd szintjén. A vajúadás/szülés különböző szemléletű diskurzusai között igen csekély az átjárás. Sem szemléletben, sem a gyakorlat színterein nem tudják összeegyeztetni a szakemberek különböző meggyőződéseiket (Varró 2015). A medikális diskurzus szinte teljes egészében kirekeszti a holisztikus, vajúadó/szülő nő szempontjait egészlegességében szemlélő megközelítéseket, a pszichológiai aspektusok egy-egy konkrét kérdéskörre szűkítve jelennek csak meg (pl. Szénási & mtsai 2013; Rados & Mészáros 2017). A medikális (más szerzők szerint technokrata) és holisztikus szülési kultúra emberképe, fogalmi rendszerei, megoldási javaslati gyökeresen különböznek, és ezek a különbségek nem csak a mindennapi gyakorlatban, hanem a tudományos kutatásokban, kérdésfeltevésekben és eredményekben is reprezentáltak (Davis-Floyd 1992; Kisdi 2012; Novák 2015). Az emberi jogok közül a szexuális reprodukciós jogok területén a leginkább védtelenek a nők, ugyanakkor ennek egyik szülészeti vetülete, a szülészeti erőszak mind társadalmi, mind egyéni szinteken tabu-témának számít (Herman 2011; Kitzinger 2008; Zimmermann 2010; Varró 2015). A magyar szakmai diskurzusban és közbeszédben jelenleg az otthoni szülés a kórházi szüléssel szembeni vita gyakorlatilag kikerülhetetlen. Kritikai nézőpontból szemlélve, ez a problematika hívja fel a figyelmet arra, hogy a jelenlegi intézményes szülészeti ellátás sok szempontból hiányos és elégtelen a nők szempontjából; hogy a nőközpontú, személyre szabott, és folyamatosságra törekvő ellátás az ajánlások ellenére a gyakorlatban alig-alig valósul meg (Varró 2015; Novák 2015; Vincze & Lipienné Krémer 2016).

ELMÉLETI BEVEZETŐ

A *medikális szemlélet* elterjedése és normává válása nem csak a szülészeti ellátás jellemzően orvosi szempontú működésében tükröződik, hanem a közbeszédben, a nők szülésről és önmagukról alkotott képében, illetve korai szocializációs folyamatokban, a gyermekvállalással és szüléssel kapcsolatos témákban, és a társadalmi elvárásokban is (Kisdi 2016; Varga 2015; Zimmermann 2010)¹. Azt gondoljuk, hogy a vajúdás, szülés, a női test mechanikusan működik, és kontrollálható, továbbá, hogy az orvosi tudás és technológia megbízhatóbb, mint a természet (Davis-Floyd 1992; Varga & Suhai-Hodász 2010; Kitzinger 2008; Kisdi 2012, 2016; Bánfalvi 2003). A modern, intézményesített, és hierarchikusan szervezett szülészeti ellátásban a nők általában kiszolgáltatott helyzetben vannak, a szülés sikerét az orvosnak tulajdonítjuk. Ezzel a szemlélettel természetesen az orvosok is azonosulnak. Az orvosnak végső soron mindig is az a feladata: beavatkozzon, ha baj van. A nem-beavatkozás (a vajúdás esetében pl. türelmes várakozás) orvosi szempontból nagyobb hibának számít, mint egy elszett, vagy biztonsági célokat szolgáló beavatkozás (Pikó 2005; Kitzinger 2008).

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

A vajúdás, szülés nem választható el a *társas környezetétől* sem, a szülés körüli segítők (orvos, szülésznő, bába, dúla, férj, és így tovább) hatással vannak a vajúóra, pusztán jelenlétükkel vagy hiányukkal is részesei az eseményeknek (Varga & Suhai 2010; Soltész, Rigó & Pápay 2015). A szülés egyik legáltalánosabb meghatározó tényezője a segítő kapcsolat, amelyben létrejön, ez pedig kikerülhetetlenül magával hozza az egymásra hangolódás és a kommunikáció vizsgálatának szükségességét is. A reprodukív egészségpszichológia és a pszichoszomatikus orvoslás is felismeri e terület jelentőségét (Sz. Makó & Veszprémi 2017; Soltész & mtsai 2015; Szeverényi & Forgács 1994; Forgács, Németh, Márton, Szeverényi & Kákonyi 2000; C. Molnár, Füredi & Papp 2006).

Az utóbbi pár évtizedben kezdtek el szisztematikusan kutatni a *reproduktív egészség* pszichés és szociális összetevőit (Sz. Makó & Veszprémi 2017; Pápay & Rigó 2015). Az egészség biopszichoszociális modellje (Pápay & Rigó 2015) olyan holisztikus nézőpontot kínál a reprodukcióval kapcsolatos pszichés jelenségek megértésére, mely kitágítja a hagyományos

¹ Lásd pl. az *Elfeledett szülés – szülés és anyaság a reprodukciós diskurzusban* c. szakmai nap összefoglalóját: http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Gender_kiadvany_honlapra.pdf

szülészet-nőgyógyászat biológiai-medikális gondolkodását, és lehetővé teszi e folyamatok mélyebb megértését. A vizsgálatok és kutatások eddig egy-egy favorizált részterületre fókuszáltak, míg más területeket teljesen elhanyagoltak (Pápay & Rigó 2015). Jelenleg a tudományos kutatások jelentős része a szülés élményét vizsgálja, mind az anya, mind a magzat/újszülött szempontjából, hiszen az anya és a magzat/újszülött élménye nem választható el egymástól (Varga 2015; Kovácsné Török 2009). Fontos kutatási irány a vajúadás/szülés során zajló hormonális változások pszicho-erotív hatásmechanizmusainak vizsgálata (Varga 2009, 2011a, 2011b). Jelenleg egyfajta szemléletváltás figyelhető meg: egyre szaporodnak a vajúadó/szülő nő saját, akár szubjektív szempontjai mentén vizsgálódó, feminista szemléletű és módszertanú kutatások, többek között ilyen az anyák szubjektív szülés-élményének vizsgálata (pl. Héjja-Nagy 2014; Járfás, Lipienné Krémer & Hoyer 2015; Rados & Mészáros 2017; Szénási, Lipienné Krémer & Mészáros 2013).

A *szülés körül létrejövő segítő kapcsolat* kutatása viszonylag újkeletű, elsősorban az anyák és a család szemszögéből tesznek fel kérdéseket a kutatók (pl. Sz. Makó & Veszprémi 2017; Soltész & mtsai 2015; Sallay, Martos & Hegyi 2015; Bóné & Biró 2015). Az egészségügyi szakdolgozók érzelmi munkájával, a kiégéssel, és az ellátás színvonalasságával kapcsolatos kutatások mellett (pl. Pikó 2005; Kovács 2006; Fülöp 2015; Kerekes, Valcheff, Sz. Makó, Édes, Kállai & Larivière 2016; Gebriné Éles, Takács, Kósa, Heinrichné Kószegi & Lampek 2017; Lipienné Krémer & mtsai 2016; Hunter 2001). Az utóbbi években, a nemzetközi szakirodalomban teret kapott a kifejezetten szülés körüli segítő élményeivel foglalkozó kvalitatív kutatások sora is (pl. Hunter 2006; Yoshida & Sandall 2013; Lundgren & Dahlberg 2002).

1. A vajúadás/szülés diskurzusai tudománytörténeti kontextusban

A szülés kísérése a legtöbb társadalomban bevett szokás, általában a nők, nőrokonok feladata volt (Deáky & Krász 2005). A későbbiek során a szülészeti ellátás intézményesedésével a szülés melletti segédkezés is fokozatosan orvosi feladattá vált (Vincze & Lipienné Krémer 2012; Deáky & Krász 2005). A modern, medikalizált szemléletű orvoslásban és társadalomban a szülészet-nőgyógyász orvos felelőssége a szülés levezetése, a mellettük dolgozó szülésznők önálló szülésvezetésre alkalmasak felsőfokú végzettségük alapján, ugyanakkor a kórházban megszokott tekintélyelvű berendezkedés és működésmód miatt erre nem mindig kerül sor (Kisdi 2012; Varró 2015). Az anyaság és a nőiség fogalma a patriarchális társadalmakban hagyományosan összefonódik (Kende 2002a, 2002b). A két fogalom kölcsönösen definiálja egymást, így determinisztikusak. Az anyaságnak univerzális, veleszületett jellegét hangsúlyozza ez a megközelítés. A relativisztikus megközelítések a szociális konstrukciók, a környezeti kontextus szerepét hangsúlyozzák (Kende 2002a, 2002b). A személyes hitrendszerek – a nő szerepével és attribútumaival kapcsolatban is – társadalmi hitrendszerekhez igazodnak, melyek a vajúadás/szülés esetében nem az egyéni női tapasztalatokból (melyeket gyakran elhallgattat, lényegtelennek tart a medikális szemlélet), hanem a férfidominanciára és az abszolút orvosi tekintélyre épülő ideálképből táplálkozik (Kisdi 2012; Wolf 2001; Linder-Sandifer 2002; Kende 2002a). Ezekben a társadalmi (szakmai és magánéleti) diskurzusokban megfigyelhető az a gyakori attitűd, hogy a nők szabad választási joguk teljes tudatában szeretnének a lehető legkevésbé bevonódni a szülésbe, minél gyorsabban túl lenni rajta, a lehető legkevesebb fájdalommal, vagy legalább

gyorsan elfelejteni az egészet (Kisdi 2016). A *premodern, modern és posztmodern szüléskultúrák* nem időbeli megkülönböztetéssel válnak elkülöníthetővé, hanem a szülés és születés elvi és gyakorlati hátterét, szemléletmódját meghatározó kultúrától, társadalmi gyakorlattól és szocializációtól függően definiáljuk őket (Davis-Floyd 1992; Kisdi 2012).

A medikalizáció hatásai a vajúdas/szülés tudományos reprezentációit is meghatározzák, ugyanakkor a kultúranropológiai szempontok beemeléseivel teljesebb képet kaphatunk a területről. A premodern szüléskultúrában a társadalmi ellenőrzés jellemzően informálisan, a közösségen belül zajlik. A szülés női ügyként interpretálódik, a közösségi vagy családi hagyomány gyakorolja a társadalmi ellenőrzést. A férfiakat minden formában kizárják a biológiai folyamatból, a szülés és a női test kulturális felügyelete azonban a férfiak feladata (Deáky & Krász 2005; Pálfi 2009). A modern, erősen medikalizált szüléskultúra a nő testén keresztül kísérli meg uralni és szabályozni a természetet, így a vajúdas/szülés folyamata hierarchizálttá és erősen ritualizálttá vált (Bánfalvi 2003; Csabai & Erős 2000; Csabai 2003). Mára a szülés és a veszély fogalma a modern orvosi kultúrában szorosan összekapcsolódott (Kitzinger 2008; Kisdi 2012). A szülés sikerét alapvetően az orvosi intézményrendszernek és irányításnak, az orvos tanult tudásának tulajdonítják. Jellemző a technokrata szemléletmód, mely a descartes-i test-lélek osztoztásból kiindulva, a testi működések mechanikusnak, kontrollálhatónak vagy kontrollálni valónak tartja (Davis-Floyd 1992; Kitzinger 2008; Kisdi 2012, 2013a). A posztmodern szüléskultúra, mind elviekben, mind gyakorlati szempontok mentén, a szülő nő tudatos választásának lehetőségét hangsúlyozza, ugyanakkor a hagyományos és modern tudomány lehetőségeire is támaszkodik, egyfajta szintézisben, holisztikus szemléletmódban látja a vajúdas/szülést. Nem irányítja, hanem kíséri a szülést; nem felügyelni szeretné a folyamatot, hanem utat engedni a természetes történéseknek (Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992; Armstrong & Feldman 2001). A posztmodern szüléskultúra legitimációja tudományos jellegű, gyakorlati tapasztalatokon alapuló tudományos eredményekkel érvel ('evidence based medicine'), ugyanakkor ez a szemlélet számon kéri a medikalizált orvosláson és szülészetén, hogy túlzottan tekintélyelvű és szokásrenden alapszik ('expert opinion') (Kitzinger 2008; Kisdi 2012).

2. A test, a betegség, és a trauma társadalomtudományi narratívái

Ezek a narratívák a vajúdas/szülésről, a vajúdo testről való gondolkodásunkban is meghatározó szerepet töltenek be, így az elméleti keretek között e diskurzusok és értelmezéseik is szerepelnek. A testtel kapcsolatos társadalomtudományi diskurzus egyik kiemelkedő kérdése a határok kérdése (Csabai 1998, 2004, 2007). A „test, mint gép” metafora értelmezhető úgy is, mint egyfajta törekvés a test szabályozására, ami mögött a test káoszra való hajlamától való szorongás áll (Turner 1997; Csabai 1998). Ezt a felfogást tovább árnyalják a női testről alkotott elképzelések, melyek jórészt a nemi viszonyok felfogásának függvényei (Csabai & Erős 2000; Bánfalvi 2001). Eszerint a nő a természeti, a férfi a szellemi (kulturális) lény. A nő teste hiányos férfitest, melyet sokféle teremtéstörténet magyaráz. A rosszul működő testet a férfi tartja karban, javíthatja, működésének keretét szab; ugyanakkor a női test uralása gazdasági kérdés is, a természet fölött gyakorolt uralmi kényszer tükre is (Csabai & Erős 2000; Bánfalvi 2001; Kisdi 2012). A kontrollál(hat)atlan impulzusok, vágyak, a bekebelezés hagyományosan a női testtel kapcsolatos, a nő testének működésével hoztuk mindig is összefüggésbe (Csabai & Erős 2000; Bánfalvi 2001). A nő éhes és vágyakozik: a

testi spontaneitás különböző formái általános kulturális metaforaként determinálják a „nőies” fogalmát. A patriarchális hatalom a fegyelmezetlen, formátlan, vagy folyton változó formájú női testet az uralma alá hajtja (Csabai 1998; Bánfalvi 2003; Kitzinger 2008; Kisdi 2012).

A betegségtapasztalat struktúrája fenomenológiai szempontból a trauma-élmény szerkezetének felel meg (Pintér J. N. 2013). A betegség és trauma tematikája sokféleképpen kapcsolódik a vajúadás/szülés élményéhez is. A betegségtapasztalat, akármilyen betegségről is legyen szó, határhelyzet. Megjelenik benne a veszteség- és gyász tematikája, ugyanakkor sokszor a már említett traumatizálódás is. A betegségtapasztalat olyan trauma, mely a saját testünk felől érkezik, ezért alapvetően megrendíti az identitást, a testhez való viszonyunkat. A testünk azonban mi magunk vagyunk, ezért a testünket ért traumák közvetlenül befolyásolják identitásunkat is, jelentést tulajdonítunk a betegségnek és betegség- vagy trauma-tapasztalatoknak (Pintér J. N. 2013; Csabai & Molnár 2009; Herman 2011). A vajúadás/szülés esetében, attól függetlenül, hogy egészséges élettani folyamatról van szó, gyakran hasonló testi tapasztalatok formálják az identitást. Ennek oka egyrészt az a határhelyzet (megváltozott tudatállapot), mely élessé teszi a testi érzeteket, a veszteség-élmény pedig szimbolikusan vagy konkrét formában is jelen van; továbbá traumatikus élmények is gyakoriak (Varga & Suhai 2010; Héjja-Nagy 2014; Pintér J. N. 2013). Medikalizált környezetben szinte elkerülhetetlen, hogy az egészséges vajúadó/szülő nő beteg-szerepbe kényszerül, amely önmagában a betegségtapasztalatot helyezi előtérbe, ugyanakkor a beteg-szereppel járó kompetencia- és döntésképeség elvesztése szintén traumatikus élmény lehet (Varga 2015; Kitzinger 2008; Herman 2011). „Ahogyan a lelki trauma áthatja az individuuum egészét, úgy kebelezi be a testi betegség tudata is a pszichét” (Pintér J. N. 2013: 24.).

3. Gyógyító kapcsolat, pszichoterápiás helyzet

A gyógyító munkában az érzelmi odafordulás a kapcsolat alapjának tekinthető (Csabai & Pintér 2013, Csabai & mtsai 2009). A terápiás (vagy orvos-beteg) kapcsolatban a korai anyagyerek kapcsolat jellegzetességei ismerhetők fel, amint ezt a gyógyító kapcsolat interszubjektív mozzanatait, a terápiás élményvilágot elemző kutatások megerősítették. Érzelmi ráhangolódás jön létre, a megfelelő terápiás kapcsolatban a terapeuta képes belépni a páciens élményvilágába (Csabai & mtsai 2009; Fülöp 2016). Az empátia, érzelmi ráhangolódás megfogalmazható a páciens (gyermek) élményének terapeuta (anya) általi újraszerveződéséeként is, ez a folyamat pedig a nehezen elviselhető érzetek módosulását eredményezi (Stern 2002, Csabai & mtsai 2009). a biztonságos pszichoterápiás – átmeneti – tér kialakítása szempontjából nehezített körülmények között is létrejöhessen egy olyan bizalmi kapcsolat, mely a gyógyító és páciens kapcsolatában megvalósulhasson az egység érzése (Bálint 1990; Csabai & Pintér J. N. 2013). A vajúadás/szülés melletti segítségnyújtás természete egyfelől értelmezhető e fent említett „villanás” technika létrejöttéeként, hiszen kórházi feltételek mellett számos körülmény nehezíti a személyes és intim kapcsolat menedzselését – még abban az esetben is, ha nem éppen akkor, abban a helyzetben találkozunk először a segítő és a vajúadó/szülő nő. Másfelől pedig, a fizikai tünetek (vajúadás) okozta regresszív (megváltozott tudat-) állapot pontosan azt közös tapasztalati mezőt hozza létre, amelyben a bizalmi kapcsolatnak kiemelkedő szerepe van. A pszichoterápiás kapcsolat természetét feltérképező, tapasztalati alapú szakirodalom hasonló metaforákat használ a kapcsolat jellegzetességeinek, a segítő szerepének és feladatainak leírására, mint a szülésznők,

bábák segítő kapcsolati élményeit (kvalitatív szemszögből vizsgáló) és bemutató nemzetközi tanulmányok.²

4. A feminista és pszichoanalitikus diskurzus

Az utóbbi időben jelennek meg a „női hangot megszólaltató”, feminista kutatások és tanulmányok a vajúdás/szüléssel kapcsolatban, kompenzálva az eddig tapasztalható hiányt a medikális diskurzusban. Az értekezésben megpróbálok mind feminista, mind pszichoanalitikus értelmezésekkel hozzájárulni a szülés körüli segítő kapcsolat átfogóbb megértéséhez.

A vajúdás/szülés nyelvezetét Ferenczi és Lénárd hermeneutikáján haladva speciális kommunikációs folyamatként interpretálhatjuk (Ferenczi 1933/1971; Lénárd 2004). A vajúdo nő meztelen, vagy alig van rajta ruha, és a figyelem (mind a sajátja, mind a környezetében tartózkodó embereké) a lehető legintimebb testrészeire irányul. Ehhez az állapothoz a felnőtt nyelvét, a szenvedélyt kapcsolhatjuk; hiszen bármennyire is tabu: a szülés egyben *szexuális esemény* is. A nő szexualitását sok kimondott vagy kimondatlan szabály övezi, mind egyéni szocializációs szinteken, mind a társadalmi, hétköznapi és tudományos diskurzusokban. A téma posztmodern nyilvánossága és a tabu-döntögetés bizonyos mértékig hatékony és működőképes, hiszen mindkét nem számára társadalmi és pszichoszociális toposszá válik a minőségi szexualitás, ugyanakkor ez a folyamat a hétköznapiakban gyakran zavarodottságot, bűntudatot, szégyent kelthet, további társadalmi elvárásként jelenhet meg, vagy éppen elnémítja az érintetteket (Kolbenschlag 1999; Heyn 2003; Kitzinger 2008, 2012). Ahogyan a menstruációhoz és a várandóssághoz, úgy a szüléshez is a női test átalakulásának misztériuma kapcsolódik: mindannyiszor a nő szexualitásának elrejthetlensége jelenik itt meg (Csabai & Erős 2000; Pinkola Estés 2006). A vajúdasban megjelenő szenvedély nyelvét értelmezhetjük metaforikus szinten is, hiszen e folyamat fókuszában is az érzéki, érzékletes élmények, a testi kapcsolat, a meztelenség, a nemi szervek, és természetesen „szerelmünk gyümölcse”, a korábbi szexuális aktusból érkező újszülött áll. A szülés élménye nagyon összetett, egyszerre biológiailag meghatározott és nagyon szubjektív, de alapvető jellegzetessége a nagyfokú intimitás és a megváltozott tudatállapot (Héjja-Nagy 2014; Larkin, P. & mtsai 2009). A vajúdas előrehaladtával, és a módosult tudatállapot fokozódásával gyakran testi-lelki extázis jön létre, ez például intenzív, erős érzelm kifejezéssel, kontrollálhatatlannak tűnő hangadásokkal járhat (Héjja-Nagy 2014).

A vajúdas-szülés során létrejövő segítő kapcsolat létrehozza azt az *átmeneti teret*, melyben létrejöhet ez az állapot, melyben a gyógyulás, fejlődés lehetősége is benne rejlik. Winnicott eredetileg az anya és csecsemője között létrejövő különleges kapcsolatot magyarázta az átmeneti tér jelenségével (Ogden 2004: 237). A szülés maga is valamiféle őseredeti potenciális tér: a bentről kifelé jövő baba az anyától függetlenül létezik is, meg nem is; a vajúdo figyel is rá, meg nem is: és végül a maga fizikai valóságában bontakozik ki az anya testéből, az egységből a kisbaba teste. A biztonságos vajúdas-szülés lényegében a biztonságos segítő kapcsolatot jelenti: ha ez a segítő kapcsolat létre tudja hozni azt a biztonságos teret, amelyben a vajúdo elengedheti magát, önmaga lehet, akkor önmaga megtapasztalásának új

² Lásd pl. Tóth K. (2008) az intimitásról, áttételről és viszontáttételről, illetve Hunter & mtsai (2008) az anya ellátásáról: mindketten a „rejtett szálak a szövetben” metaforát alkalmazzák.

útjai nyílhatnak meg. A vajúdás-szülés lényegében egyfajta „átmeneti jelenség”, melyben a pszichés történések interszjektív térben zajlanak, a segítő kapcsolat dinamikája szervesen kapcsolódik minden résztvevő élményéhez.

Ahogy a szülés-születés-újjászületés teljes valóságában megjelenhet az analitikus helyzetben – ugyanúgy a segítő kapcsolatban megtapasztalt önmegismerés, az újjáteremtő, gyógyító élmény létrejöhet a szülésben is. A megélés erőteljességét és a narratívák többszörös áttételeit mutatja, hogy az anyai szerep nem csak a vajúóra vonatkozik (aki fizikai valójában válik éppen anyává), hanem a segítő jelenlétének minőségére is – miközben ő maga is preverbális szinten találkozhat saját születésével (korábbi születéseivel, szüléskíséréseivel).

5. Társas támogatás

E terület kutatásának eredményeit elsősorban a segítő kapcsolatra, majd a szüléssel kapcsolatos segítő kapcsolatra vonatkoztatva tárgyalom, továbbá kitérek az empátia és kiégés témákra is. Az intézményes egészségügyi ellátás keretében megvalósuló medikalizált szülés általános jellemzője, hogy nagyon gyakran kiszámíthatatlan, milyen ellátásban részesül a páciens (Varga & mtsai 2011; Kisdi 2012; Davis-Floyd 1992). Az élettani vajúdás támogatásának egyik alapvető tényezője a folyamatos vajúdás-támogatás, mely elsősorban nem medikális ellátásból, hanem érzelmi-fizikai támasznyújtásból áll (Romano & Lothian 2008; Varga 2011a, 2011b). A társas támasz nem csak pszichológiai szempontból fontos, de jelentős szülészeti előnyöket is eredményezhet (Varga 2011a, 2011b, 2015; Héjja-Nagy 2014; Soltész & mtsai 2015). A szülő nők fizikai, információs és útmutatás jellegű támaszra tartanak elsősorban igényt, ugyanakkor humánus odafordulást, érzelmi biztonságot is igényelnek, melyet a környezetükben jelen levő személyek tudnak biztosítani (Héjja-Nagy 2014; Varga 2015). A bába/szülésznő részéről fontos, hogy nyugodt légkört teremtsen, melyben létrejöhet egy kölcsönösségen alapuló bizalmi kapcsolat. Több szerző kiemeli az autentikus jelenlét fontosságát a segítő részéről: ez biztos szakmai tudást, tiszteletteljes attitűdöt és nyugalmat jelent; a vajúó felkészítését a folyamatra, biztonságérzet kialakítását (Thelin & mtsai 2014; Thomas 2009).

A *kiégés* összetevői az érzelmi kimerülés, az elszemélytelenedés, és a teljesítmény csökkenése, melyek a tartós vagy szélsőséges érzelmi és interpreszonális munkahelyi stresszorok következményeként jönnek létre (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001; Fülöp 2016). A segítő foglalkozású szakemberek kiégésének kutatása az utóbbi évtizedekben egyre növekvő tendenciát mutat. Különösen az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos vizsgálatokról jelennek meg publikációk (pl. Kovács 2006; Fülöp 2016). Azokon a munkaterületeken, ahol a szélsőséges helyzetek szinte mindennaposak – a születés, halál, súlyos egészségi állapotok önmagukban is erős élmények, nem beszélve a folyamatosan fenyegető komplikációkról – a segítő kapcsolat is további nehézségekkel terhelődik, így a segítő foglalkozású szakemberek kiégésének kockázata többszörös lehet. Nem kizárólag a segítő munkából adódó stressztényezők találhatók a kiégés rizikófaktorai között, hanem a munkahelyi légkörnek – azaz a társas támasz meglétének vagy hiányának – is döntő szerepe van a poszttraumás vagy kiégéssel kapcsolatos tünetek kialakulásában (Kovács 2006; Pikó & Piczil 2002; Leinweber & Rowe 2010; Fereday & Oster 2010). A társas támogatás elengedhetetlen a megfelelő megküzdési stratégiák megtalálásához és alkalmazásához, a stresszkezelés sikeres végrehajtásához (Sz. Makó, Bernáth, Szentiványi-Makó, Veszprémi,

Vajda & Kiss 2016; Pikó & Piczil 2002). Ugyanakkor a támogatási rendszerek akkor működnek leghatékonyabban, ha megküzdési helyzetben ez nemcsak érzelmi támogatást, hanem konkrét, cselekvéses, konstruktív megoldási módokat is jelent (Pikó & Piczil 2002; Gebriné Éles & mtsai 2017). Az *empátia* szerepe szintén kiemelt jelentőségű a segítő kapcsolatban létrejövő érzelmi stressz szempontjából: a túlzott, vagy nem megfelelően kezelt empátia kockázati tényezőnek számít (Fülöp 2016; Hunter 2001; Hodges & mtsai 2010). Ugyanakkor nem elhanyagolható az a kontextus, amelyben a segítő kapcsolat létrejön, és amely sokszor nehezíti vagy ellehetetleníti a megfelelő kapcsolat kialakítását segítő és vajúdo között (Hastie & Fahy 2011; Yoshida & Sandell 2013; Fereday & Oster 2010; Leinweber & Rowe 2010). Amikor nehézkes a szülészeti osztályon való munka, a szülésznők/bábák általában rejtett technikákat fejlesztenek ki, hogy támogassák a normál szülést.

KUTATÁS

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

Az interpretatív fenomenológiai analízis – IPA – értelmező és hermeneutikai kvalitatív módszer, melyet többnyire az egészségpszichológiai kutatások alkalmaznak (Smith, Flowers & Larkin 2009; Rácz & mtsai 2016). Sajátossága a többszintű, mind az interjúalany, mind a kutató értelmezéseit alkalmazó adatfeldolgozás, ugyanakkor a szövegből kiindulva az élmények és tapasztalatok jelenségvilágát kutatja. Az IPA a kvalitatív kutatások közül a szociális konstruktivizmus, a narratív és diszkurzív pszichológia módszereihez köthető elsősorban (Eatough & Smith 2008; Rácz & mtsai 2016). Az IPA nem csak társadalmi-történeti kontextusba ágyazott nyelvi konstrukciókat feltételez, hanem aktív jelentésadást, célokat és lehetőségeket, fejlődést megfogalmazó kontextuális üzenetként látja az elbeszélést. Az IPA az újraértelmezett, újra és újra elbeszélte történetek elemzésére alkalmas leginkább, hiszen az IPA kutató az elbeszélő saját élményeinek értelmezéseire, interpretációira kíváncsi elsősorban (Rácz & mtsai 2016). Magyarországon viszonylag új keletű az IPA alkalmazása a kvalitatív vizsgálódások körében (Smith & mtsai 2009; Rácz & mtsai 2016), kutatásunk hozzájárul e módszer tapasztalati anyagának gazdagításához. A szerzők PhD szintű kutatáshoz többlépcsős elemzési eljárást ajánlanak, mely biztosítja a feldolgozás szisztematikus és alapos elvégzését. Ilyen munka tudomásunk szerint Magyarországon még nem született (Smith & mtsai 2009; Rácz & mtsai 2015, 2016; Charlick, McKellar, Pincombe & Fielder 2016).

A kvalitatív kutatásoknál elvárható kutatói reflektivitás jegyében minden előkutatási munkát bemutatok és tárgyalok, így megvilágítva azt a gondolatmenetet, mely megalapozta az interpretatív fenomenológiai módszer alkalmazását. Az adat-triangulációhoz szükséges anyagot az előkutatások második fázisában gyűjtöttem, ezáltal növelve az IPA-kutatás megbízhatóságát. Így az elemzések anyagát nem pusztán szüléstörténetek szolgáltatják, hanem tematikus képekre adott válaszok, és kontextuális (tehát nem kizárólag az adott

szüléstörténetre vonatkozó) kérdések is. Különböző módokon több résztvevővel is egyeztetünk a vizsgálat lefolytatása után (member-checking), ezzel is biztosítva az értelmezések relevanciáját. Ezek az utólagos egyeztetések telefonos, személyes vagy levelezéssel történő megbeszélések voltak.

A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta ki, az engedély száma: 43/2015. Eredeti terveink szerint a segítő kapcsolat élményét a vajúdos/szülő nő szempontjából is szeretnénk volna megvizsgálni, így az etikai engedélyt ennek megfelelően igényeltük. 2016. január-február hónapjában el is készült 18 IPA interjú, melyekben anyákat a vajúdos/szülés során, a segítővel megélt élményeiről, tapasztalataikról kérdeztünk. Belátva azonban a doktori értekezés, illetve a kutatás korlátait, az anyai interjúkat az értekezésben nem tárgyaljuk.

Kutatásom legfontosabb célkitűzése volt, hogy a vajúdos/szülést, mint fenomént vizsgálhassam, a lehető legkevésbé fosztva meg valódi természetétől. Ehhez a kutatói attitűdhez a kvalitatív módszertan illeszkedett leginkább.

A kutatási kérdések alakulásának, fejlődésének folyamata nyomon követhető a teljes kutatás különböző szakaszainak célkitűzései mentén.

6. A kutatás célja és a kutatási kérdések

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

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

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

7. Kutatási elrendezés

A vizsgálatban résztvevő személyek toborzása egy rövid írásos tájékoztatóval történt, mely tartalmazott általános tájékoztatást is a témával kapcsolatban. Jelentkezéskor igény szerint további tájékoztatást adtunk, mind írásban, mind szóban. A vizsgálat megkezdése előtt szóbeli beleegyezés kérése és tájékoztatás történt a hangfelvétel készítéséről, és az adatok biztonságos kezeléséről. A hangfelvételeket kizárólag a vizsgálatot vezető tárolja és hallgatja meg, az arról készült írásos anyagban semmilyen visszakövethető adat (pl. név, helyszín, időpont) nem szerepel. Ez a kitétel csökkenti az IPA kutatás reliabilitását, hiszen az élő szöveg metakommunikatív információi szintén a kutatók által közösen értelmezendő jelenségek közé tartoznak (Rodham, Fox & Doran 2013). Az etikai engedély kérésekor erre a módszertani szempontra még nem voltunk figyelemmel, tekintve, hogy „menet közben” gyakoroltuk be az IPA alkalmazását – de így a későbbiek során már ettől a feltételtől nem térhettünk el. A kutatói megbeszélések során mindig figyelemmel voltunk arra, hogy a lehetőségekhez képest biztosítsuk az elfogulatlan és teljes értelmezést azon kutatók számára is, akik nem hallgatták meg az interjú hanganyagát. A vizsgálatban résztvevő személyek és a további szereplők keresztnévét megváltoztatva használom. Amikor szükséges volt, az adatvédelem érdekében az interjú egyes részeit a további elemzésből kihagytuk, erre az értekezésben a „sűrű leírás” során minden esetben utalok.

Tájékoztattuk a vizsgálat résztvevőit, hogy a vizsgálat önkéntes, akár menet közben is abbahagyható. A résztvevő személyek írásbeli beleegyező nyilatkozatot is kitöltöttek. Bármilyen kérdést, bármikor fel lehetett tenni a vizsgálat folyamán, a diktafon kikapcsolását is lehetett kérni. Mivel előfordulhat, hogy érzelmileg erősen igénybe veszi a vizsgálatban résztvevő személyeket a beszélgetés, nem csak módszertanilag fontos visszajelzéseket adtam, hanem a történehez kapcsolódóan együttérzéssel és támogatóan is rendelkezésre álltam az interjú során. Az interjú végén a résztvevők számára biztosítottam az érzelmi visszarendeződés lehetőségét: sürgetés nélkül, időt hagyva a történet lecsengésének, a diktafon kikapcsolása után volt lehetőség lezáró beszélgetésre. A vizsgálat befejezte után, igény szerint, lehetőség volt a kutatásról beszámolót kérni, illetve biztosítottuk a további kérdések, esetleg kapcsolattartás lehetőségét.

Az interjú során kiegészítő jegyzeteket készítettünk egy előre elkészített segédlapra.

A vizsgálatra 19 édesanya és 18 szülés körüli segítő foglalkozású szakember jelentkezett, 2015 őszétől 2016 márciusáig zajlottak az interjúk, a résztvevőkkel egyeztetett időpontokban. Ezután a diktafonnal rögzített hanganyagok szöveges átírása történt meg. Az egyes interjúk összehasonlítása során kialakult egy összbenyomás a kutatókban, melyek lesznek az IPA elemzésre alkalmas interjúszövegek. A minta homogenizálása, és feldolgozható méretűvé alakítása érdekében első körben a segítő interjúinak elemzésére esett a választás. Az interjúkészítés során előfordult, hogy a résztvevők explicit kérdésre vagy kérésre sem fejtették ki bővebben az élményeiket, 'szükszavúak' maradtak (pl. Hogy érezted magad ebben a helyzetben? Mit jelentett ez számodra?). Az értelmezés és jelentésadás hiányában ezek a szövegek nem bizonyultak alkalmasnak az IPA kutatáshoz, hiszen itt az eredmények elemzésének egyik lényeges eleme a résztvevő saját interpretációjának beemelése a folyamatba. A fennmaradó 14 interjúszöveg csoportosítása az IPA elemzések szempontjai szerint zajlott, részben az interjúkészítő 'élő' tapasztalatai mentén, részben pedig egy kutatói

megbeszélés során, ahol megállapodásra jutottunk, mely tartalmak vagy jellemzők mentén érdemes a többlépcsős elemzéshez csoportosítani az interjúkat. További megbeszéléseket tartottunk – témavezető, résztvevő szakember és kutató – újra és újra átnézve az átiratokat, meghatároztuk a felmerülő témák összefüggéseit és viszonyrendszerét. A későbbiek során pedig ezen munka eredményének 'kivonata' került az értekezésbe, hangsúlyozottan a teljesség igénye nélkül.

8. A vizsgálati helyzet

Általánosságban elmondható, hogy a kutatási interjúkban résztvevő személyek hasonló intimitást, biztonságos légkört igényeltek, mint amit egy pszichoterápiás első interjú során – vagy továbbmenve a hasonlaton: mint amit vajúdas/szülés során igényelnek a vajúdok. Mind a segítők, mind az anyák „élő” történeteket jelenítettek meg, minden érzelmi-indulati töltet, kérdés vagy kétely megjelent újra a beszélgetés során. Ezek a történetek nem lehetett kívül maradni, akár segítőként, akár anyaként hozták őket az interjúalanyok. Bár voltak egyéni különbségek – akár átélésben, akár magában a történet „húzóerejében”, többnyire igaz volt az is, hogy a résztvevők igényelték a visszajelzéseket, értelmezéseket, érzelmi ráhangolódást. Fontos volt mesélniük, elbeszélniük a történetet, újraélni, újraértelmezni a saját narratívájukat. Mindannyian motiváltak voltak abban, hogy segítsenek a kutatás létrejöttében.

8.1. Tematikus képek értékelése

A képekre vonatkozó kérdések rövid összefoglalása:

Elsőként sorrendet kell felállítani a legpozitívabb képtől a legnegatívabb képig.

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

Mit mondhatnak a szereplők?

Adjon címet a képeknek!

A negatívnak választott képekkel is végigmegyünk ezen a feladatsoron.

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

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

8.2. Interjú – szüléstörténet és ezzel kapcsolatos témák

Ezután a szabadon választott szüléstörténet mesélése az interpretatív szövegalkotás szintjén tárja fel az egyén tapasztalásait és jelentésalkotását. A szüléstörténet kiválasztásához két szempontot ajánlottunk fel: egy olyan, saját gyakorlatból származó történetet kértünk, amely

számukra a segítség szempontjából jelentőségteljes; és amelyben segítő kapcsolati élményeik előtérbe kerülnek. Az interjú témáinak felépítése tölcészerű: általános kérdések felől haladtunk az egyedi és konkrét szüléstörténet felé (Rácz & mtsai 2016).

8.3.Kiegészítő kérdések

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

I.táblázat: A vizsgálati helyzet felépítése

ESZKÖZ:	TEMATIKUS KÉPEK	SZÜLÉSTÖRTÉNET	STRUKTURÁLT KÉRDÉSEK
Cél:	általános vélemények feltárása, érzelmi ráhangolódás	tapasztalatok és interpretációk feltárása	elhangzottak tisztázása, önfeltárás elősegítése, témák felvetése
Kérdések, instrukciók:	Milyen a jó segítő Ön szerint?	Meséljen el egy szüléstörténetet, ami a segítség szempontjából jelentős; amiben előtérben van a segítő kapcsolat élménye.	Hogyan alakult a pályafutása? Hogy képzelel el a jövőt? Mennyire és hogyan befolyásolnak a saját szülésélményei? Hogyan küzd meg a stresszel?

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

9. Többlépcsős elemzés

A szakirodalom PhD szintű kutatásokhoz többlépcsős IPA elemzést javasol, ahol a vizsgálatban résztvevő személyek homogén csoportját további szempontok szerint újabb csoportokra bontjuk (Smith & mtsai 2009; Rácz & mtsai 2016; Charlick & mtsai 2016). Az eljárás alapvető célja a többszemponútú elemzés biztosítása: egy bizonyos szempont szerint homogén mintánk (szülés körül segítő nők, akiknek a segítő kapcsolat kiemelt jelentőségű a szülés során) további kiegészítő szempontok szerint heterogénné alakítható (hogyan élik meg a segítő kapcsolatot a kezdők vs. gyakorlottak, vagy a kórházban vs. otthon praktizálók?). Ezzel a módszerrel biztosítjuk továbbá az IPA elemzések alapvető jellegzetességének megvalósulását, a hermeneutikai kör szisztematikus alkalmazását: a részek mélyreható elemzése után nagyobb összefüggéseket keresünk, majd a feltárt közös szempontok mentén újra részletekbe menően elemzünk, és így tovább (Rácz & mtsai 2016; Charlick & mtsai 2016). Fontos hangsúlyozni, hogy a különböző csoportosítási szempontok nem a különböző változók kvantitatív összehasonlítását szolgálják: továbbra is idiografikus és hermeneutikai szempontok mentén vizsgálódunk, azaz nem keresünk számszerűsíthető, szignifikáns összefüggéseket az összehasonlítható változók mentén, hanem a jelenségek komplex vizsgálatára és elemzésére törekszünk. Végül, de nem utolsósorban, a kvalitatív vizsgálatokban jártas kutatónak is bele kell tanulnia az IPA specifikus elemzési gyakorlatába, ezt a folyamatot pedig erőteljesen támogatja a szisztematikus többszemponútú elemzés-rendszer következetes véghezvitele.

Ebben a szisztémában tehát az interjúk egy különleges esetétől haladtunk az egyre nagyobb létszámú csoportokra bontott interjúelemzések felé, a következők szerint:

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

Az első lépcsőben a leginkább felkavaró, explicit traumatikus szüléstörténetet emeltük ki esetelemzés céljából. Egyetlen más interjúban sem szerepelt központi elemként traumatikus történet, bár többféle aspektusban, különböző kontextusokban számos utalással találkoztunk a későbbiek során is. A trauma felidézése egyedülálló módon, gyökeresen átrendezte magát az interjúhelyzetet, és a szöveg szerkezetét is – ez volt a másik szempont, ami miatt ezt az interjút választottuk erre a célra. A további interjúk csoportosítására adódó első szempont a munkában eltöltött idő volt: a következő lépcsőben két olyan interjút elemeztünk, melyeket kezdő szülésznők adtak. Ezek az interjúk rendhagyóak voltak abból a szempontból is, hogy mindkét résztvevő két szakmát is képviselt (szülésznő/dúla). A harmadik és negyedik lépcsőfok elkülönítésében egyrészt a több évtizedes tapasztalat, másrészt a munkavégzés helyszíne adott újabb szempontokat a csoportosításhoz.

Az adott elemzési szakaszok bemutatásánál minden alkalommal részletesen kitérek a szempontokra, amelyek szerint válogattuk az interjúkat elemzésre. Az IPA elemzések bemutatása erősen szöveg-igényes: a vizsgálat sűrű leírásához, a kutatói értelmezések és az

elméleti kontextus relevanciájának biztosításához a résztvevők szövegei is hozzájárulnak, ezért az IPA tanulmány (jelen esetben értekezés) a szokásosnál nagyobb mértékben hagyatkozik az interjúszövegekből származó idézetekre (Szokolszky 2004; Rác & mtsai 2016). Az interjúalanyok tapasztalataiba betekintést nyújtó idézetek biztosítják továbbá a szövegben az IPA kutatás validitását (Yardley 2000; Rác & mtsai 2016). A felmerülő témákat és a főtémákat tárgyaló egyes fejezetekben található összefoglaló táblázatok mintegy kivonatolva, szűrve tartalmazzák az egyes témákra vonatkozó releváns idézeteket. Az elemzések különböző szakaszaiban az adatfeldolgozás nem feltétlenül egységes, reflektálva az adott témákra és összefüggésekre, így ennek megfelelően az összefoglalások sem mutatnak teljesen egységes képet. Egyes interjúrészleteket terjedelmük mérete, ugyanakkor koherenciájuk megtartása érdekében a mellékletbe illesztettem.

10. A vizsgálatban résztvevő személyek

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

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

II.táblázat: A vizsgálatban résztvevő személyek

SZAKASZ	SZEMÉLYEK	ÉLETKOR	MUNKAHELY	HÁNY ÉVE PRAKTIZÁL
1. lépcső rendhagyó vizsgálati helyzet	Bori (bába)	47	otthonszülések	20
2. lépcső kezdő szülésznők	Anna (szülésznő, dúla gyakornok)	25	fővárosi kórház	4
	Mária (dúla – szülésznő gyakornok)	50	fővárosi kórház	6
3. lépcső tapasztalt, vezető szülésznők	Szilvia (szülésznő)	57 60	fővárosi kórház fővárosi kórház	30 34
	Katalin (szülésznő)	56 54	vidéki kórház vidéki kórház	30 28
	Éva (szülésznő) Rozi (szülésznő)			
4. lépcső intézményen kívül	Vera (bába)	58	otthonszülések	29
	Ildikó (dúla – bábatanonc)	52	otthonszülések, kórház	5
	Enikő (bába)	38	otthonszülések	10
	Emese (bába)	49	otthonszülések	18
	Klára (dúla)	42	kórház	6
	Dóra (dúla)	40	kórház, otthon	8
	Teri (dúla)	47	kórház, otthon	20

A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA

Az első szakaszban esettanulmányként értelmezve elemeztünk egy bábával készült interjút. A második szakaszban két, kezdő kórházban dolgozó szülésznővel készült interjút elemeztünk.

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

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

11. A kibontakozó témák összegzése

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

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

Bori (bába) történetét esettanulmányként elemeztük az első szakaszban. Interjúalanyunk független, intézményen kívül praktizáló bába, arról a speciális helyzetről számol be, amikor hiába van segítőkézség és jóindulat a kórházi személyzet részéről, a vajúdo traumatikus története lehetetlenné teszi, hogy a jó minőségű ellátás célba érjen. Az elemzés fókusza a **trauma** felbukkanása, felidézése és narratív reprodukciója volt. A későbbi elemzések során a vajúdo nő korábbi vagy a szülési folyamatban létrejövő traumájához való viszonyulás több interjúalanyunk történetében is felbukkan: Szilvia a „hisztéria”³ kezelhető félelemmé szelídítéséről; Rozi a kapcsolatfelvétel lehetetlenségéről; Katalin pedig a vajúdási folyamat „rosszabbik irányba billenéséről” mesél (3. lépcső). Mindhármuk esetében a vajúdo

³ Az interjúkból vett idézeteket „dőlt betűvel, idézőjelek között” közlöm.

valamilyen traumával kapcsolatos története húzódik meg a háttérben, és a szülésznők igen tanulságosnak élik meg a közös munkát, még abban az esetben is, ha nem „*siker*” a szülés története. A vajúdo traumájának általában ki van téve a segítő is (másodlagos traumatizáció), és míg Anna és Mária valóban beszámolnak erre utaló tünetekről (2. lépcső), Szilvia, Katalin és Rozi esetében a megküzdési képességeik, és munkakörülményeik lehetővé teszik, hogy „*fáradtan, de boldogan*” jöjjenek ki a történetből.

A korábban elemzett, igen konfliktusos és szélsőséges élethelyzetekkel terhelt interjúkhoz képest a harmadik lépcsőben bemutatott négy interjú kiegyensúlyozottabb, kevésbé polarizált történeteket mutat be. Az értelmezés hermeneutikai szintjén a szüléstörténetek kiválasztásában is megmutatkozik ez a különbség: Anna és Mária (2. lépcső) nem tudtak kiválasztani kizárólag egy szüléstörténetet, hanem kénytelenek voltak elmondani egy napjukat (egy műszakot) a szülészetben. Az interjúk több, párhuzamosan zajló szülésről, és a segítőként való megfelelni vágyás feszültségéről szóltak. Kezdő szülésznőként éles szembesülések, és konfliktusok jellemezték mindennapjaikat, míg a 3-4. lépcsőben elemzett interjúk résztvevői többnyire pályájuk csúcán, magabiztos szakmai identitásukról, kompetenciájukról, ugyanakkor folyamatos **fejlődésről** számoltak be.

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

A **hatalmi egyenlőtlenségek** témája szintén a teljes kutatási anyag vonatkozásában előfordul. Különösen érdekes felmerülő téma a vajúdo/szülés **transzperszonális** aspektusa.

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

III.táblázat: Az IPA kutatási eredmények összefoglalása

SZAKASZ	SZEMÉLYEK	LEGJELLEMZŐBB FŐTÉMÁK⁴	KUTATÓI ÉRTELMEZÉSEK KIVONATA
<i>1.lépcső rendhagyó vizsgálati helyzet</i>	Bori (bába)	trauma reprezentációk	
<i>2.lépcső kezdő szülésznők</i>	Anna (szülésznő) Mária (dúla – szülésznő gyakornok)	polarizált segítő kapcsolatok konfliktusok	<i>szakmai identitás fejlődése: önismeret kapcsolat a</i>
<i>3.lépcső tapasztalt, vezető szülésznők</i>	Szilvia (szülésznő) Katalin (szülésznő) Éva (szülésznő) Rozi (szülésznő)	tanulás a vajúdótól intenzív személyes kapcsolat a vajúdóval	<i>vajúdóval: közös út trauma-narratívák hatalmi</i>
<i>4.lépcső intézményen kívül</i>	Vera (bába) Ildikó (dúla – bábatanonc) Enikő (bába) Emese (bába) Klára (dúla) Dóra (dúla) Teri (dúla)	szakmai szemléletek össze- egyeztethetlensége transzperszonális aspektusok	<i>egyenlőtlenségek</i>

⁴ Ebben a táblázatban nem sorolom fel az összes felmerülő témát, melyek gyakran ismétlődtek is az elemzés lépcsőfokain, csak az adott szakasz legjellemzőbb témáit jelenítem meg.

12. Az interjúelemzők komplex értelmezései

A kutatási anyag komplex értelmezése során megállapítottuk, hogy a vajúadás/szülés körüli segítő kapcsolatot minden interjúalanyunk szakmai identitása alappillérenek, és munkája sarkalatos pontjának tartja. Interjúalanyaink szerint a minőségi kapcsolat kialakításának egyik legfontosabb alapfeltétele a másik személyre való ráhangolódás, és az önismeret. Ez megerősíti azt a feltevésünket, hogy a vajúadás/szülés segítése nem azonosítható pusztán az egészségügyi ellátás nővéri munkájával, és a szülész-nőgyógyász orvos segítő, gyógyító szerepétől is megkülönböztethető. Leginkább a gyógyító kapcsolathoz hasonlítható, számos jellegzetessége pszichoterápiás jelleget kölcsönöz neki. A vajúadó/szülő nő számára biztonságos kapcsolati teret hoz létre a segítője (segítői), ahol a vajúadás/szülés folyamata egyben személyiségfejlődési, beavatási, szembenézési, gyógyulási lehetőség is. Mindemellett előfordul, hogy szakmai beavatkozásokra is szükség van, a szakmai segítség mintegy ráépül, kiegészíti a nő inherens szülőkéességét. Ez a holisztikus szemlélet legfontosabb alaptétele is egyben, ugyanakkor interjúalanyaink közül többen is megfogalmazták ezt a tapasztalatukat és interpretációjukat. A különböző segítőik különböző szerepei a jelenlegi egészségügyi gyakorlatban személyhez kötöttek, a szülés sikerét a segítség minőségéhez kapcsolják. Ez lényegében a medikális és a humanizált szemlélet szempontja is. A kórházi gyakorlatban már több helyen megjelenik a pszichológiai kutatások eredménye (pl. rooming in, apás szülés), ugyanakkor a medikális hierarchia és az intézményi szabályok szigorú tisztelete megmarad. A segítő kapcsolat ugyanakkor valami „*mélyen személyes jelenlét*” is egyben, mely nem a vajúadás/szülés szakszerű kíséréséről szól, hanem a társas támogatásról, amire „*bárki képes*”, aki hajlandó valamilyen „*anyai minőséget*” képviselni a vajúadó számára. A vajúadás/szülés helyszíne nem csak a vajúadó szempontjából lényeges, hanem a segítő szempontjából is: a gyakorlati jelentőségén túl a segítő szakmai identitását is jelentős mértékben formálja. Minden egyes interjú szövegében megjelent bizonyos kontextusban segítőik intézményes hierarchiához fűződő viszonya, melyben saját helyzetüket határozták meg a különböző segítőik, az intézményrendszer különböző szintjeinek tekintetében. Interjúalanyaink tapasztalata a kórházi hierarchikus rendszerrel aszerint változik, hogy mennyire vannak kiszolgáltatva, hol helyezkednek el a hierarchiában. Az intézményen kívül praktizáló dülák és bábák tapasztalatai szerint, minden kompetenciájukat és ágenciájukat elveszítik, amint egy esetleges kórházi beszállítás során intézménybe kerülnek a segítő folyamat során.

A vajúadás/szülés folyamatának lehetőségei közé tartozik a transzperszonális aspektus megélése is, mellyel a kutatás negyedik szakaszában elemzett interjúk során találkoztunk elsősorban. A személyiségfejlődésben jelentős szerepet tölt, vagy tölthet be a szülés, a termékenységgel kapcsolatos fejlődési krízis egyben lehetőség a női önazonosság megtalálására is, az önmegismerés alapvető forrása. Interjúalanyaink tapasztalatai szerint ez az 'út' a segítő számára is „*merítési lehetőség*”, abban a folyamatban és állapotban, amiben a vajúadó/szülő nő van, osztozik a segítője is.

Kutatói értelmezés szempontjából ezt a jelenséget támasztja alá a metaforák használata is. A vajúadás/szülés folyamata nem írható le pusztán adatokkal, orvosi vagy pszichológiai fogalmakkal, bármelyik szemléleti keretet is választjuk interpretációnkhoz. A vajúadás/szülés hermeneutikájához és narratívájához hozzátartozik a metaforák használata is, ahogyan ezt interjúalanyainknál is tapasztaltuk. A metaforák használata biztosít kapcsolatot a tapasztalat

és a narratíva között, amikor interjúalanyaink a történeteiket mesélik, és akkor is, amikor segítő munkájukat végzik. Testi élmények vagy érzetek (pl. „hidegség” „melegség”), fizikai tulajdonságok („törékeny”) a kapcsolat minőségét jelezték. A hétköznapi – vagy akár tudományos – kifejezésekkel nem megfogalmazható üzeneteket elvont fogalmakkal, vagy akár szójátékokkal jelenítették meg interjúalanyaink („idegenség” „utaznak” „bekebelezve-bekábelezve”).

13. Megvitatás

Az IPA elemzés során számos szempontból elemeztük vizsgálatunk képanyagából és az interjúkból származó szövegeket. Eredményeink a több lépcsős eljárás során ismétlődő mintázatokat mutatnak, a felmerülő témák interjúalanyaink különböző szempontjai és interpretációi szerint újra és újra előkerültek. Vizsgálatunkban a **segítői identitást**, ennek számos aspektusát emelhetjük ki, mint fő témát. Interjúalanyaink segítő identitásának alapvető meghatározója a **vajúddal kialakított kapcsolat**, mely egyrészt maga az identitás megvalósulása a gyakorlatban, másrészt formálja, fejleszti a segítő szakmai identitását. A segítő, gyógyító identitás kialakulásával kapcsolatos szakirodalom magába foglalja az egészségügyi dolgozók, orvosok, nővérek, mentősök, és egyéb szakdolgozók vizsgálatait; a pszichoterapeuta – ezen belül is kiemelten a sebzett gyógyító – szakmai identitásának kutatásait, de viszonylag kevés tanulmányt találhatunk kifejezetten a bába (midwife) – szülés körüli segítő – identitásának alakulására (Fülöp 2016; Rácz & mtsai 2016; Hunter 2001; Pikó & Piczil 2002). A professzionális segítő identitását jelentős mértékben formálja a saját tapasztalat, a szakirodalom tapasztalati szakértőkről és tapasztalati segítőkről beszél (Rácz & mtsai 2016). Interjúalanyaink is hangsúlyozzák, hogy a segítő munka elemi és komplexebb összefüggéseiben is tapasztalják, hogy saját élményeik, korai tapasztalataik mentén kialakuló privát identitásuk – pl. anyaságuk – kiemelkedően meghatározzák segítői identitásukat is.

A vizsgálati helyzetben a szüléstörténetek elhangzása után kitértünk arra is, hogy interjúalanyaink számára mit jelent saját anyaságuk, személyes szüléstörténeteik, illetve édesanyjukkal való viszonyuk. Számos esetben a szüléstörténet, vagy a szakmai identitással kapcsolatos válaszok (milyen a jó segítő, hogyan lettél bába/dúla/szülésznő) kapcsán spontán reflektáltak erre a témára interjúalanyaink. Az 'anyai hajlandóság' pszichoterápiás fogalma megvilágítja annak jelentőségét, hogy a valóságos anya milyen szerepet játszik a vajúdás/szülés folyamatában. A vajúdás folyamata nem csak a vajúdo nő számára lehetőség önmaga megtapasztalására, hanem a segítőnek is „*merítési lehetőség*”. Ez a metaforikus anyaság mégsem csak arról szól, amiről eddig a vajúdás/szülés során olvashattunk tudományos diskurzusokban – hogyan alakul ki a vajúdo/szülő nő anyai kompetenciája, milyen hatással van a vajúdás/szülés folyamata az anyai viselkedésre és az anya és újszülöttje közötti kötődésre (Varga & Suhai 2010; Varga 2015). Itt a vajúdo/szülést kísérő segítő igyekszik 'elég jó anya' lenni, 'átmeneti teret' biztosítani, ráhangolódni a segítettjére (Winnicott 1958/2004). Ez az állapot egy közös „*burok*” konstruálásával jár. Ugyanakkor a segítő olyan tapasztalatra „*mond igent*” ahol szembe kell néznie önmagával is, „*benne kell lennie abban, amit öbelőle vált ki*” a folyamat és a kapcsolat. Ezt a „*kihívást*” saját magával kapcsolatban el kell fogadnia, annak „*minden ügyét és nehezét*” el kell viselnie – szimbolikus értelemben tehát a segítő önmaga segítője vagy anyja is egyben.

Interjúalanyaink szakmai identitását a segítség határterületei és dilemmái is jellemzik. A magyarországi szülészetre jellemző, hogy sok dúla és bába szülésznőképzőt is végez, illetve gyakorló szülésznőként dúla-tanfolyamot végeznek, ahogyan ezt a vizsgálatban résztvevőknél is tapasztaltuk. Interjúalanyaink beszámoltak arról is, hogy belső indíttatásaikat sokszor felülírja a normaként interpretált protokolláris működés. Intézményen kívüli segítség esetében ugyanakkor a dúlaság és a bábaság egy folyamaton belül is felcserélhető, és interjúalanyaink egymást kiegészítő, jól alkalmazható képességként tekintenek a szüléskísérés e két területére. Interjúalanyaink közül többen is megfogalmazták, hogy a szülés kísérésére dúlaként „*bárki képes*”, ugyanakkor látják azt is, hogy kórházi szülésznők és orvosok „*hóbortosnak*” és idegennek, értelmezhetetlennek tekintik ezt a segítői szerepet – vagy szakmát.

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

DISZKUSSZIÓ ÉS KONKLÚZIÓ

A vajúdás/szülés folyamata határhelyzetnek tekinthető, nem csak a vajúdo és a segítő közötti kapcsolati dinamika szempontjából, hanem professzionális szerepek és működések, személyes és személytelen viszonyulások tekintetében is. Kint és bent, fizikai és szellemi, élet és halál határán zajlik a vajúdo és szülés, születés. A vajúdo egyszerre kiszolgáltatott és gyermeki, ugyanakkor önálló, erős és szenvedélyes. Egyaránt figyel befelé, és kapcsolódik a segítőjéhez. Jelölő és jelölt is egy időben, szimbolikus és konkrét is. A segítő szempontjából vizsgálva, a segítő feladata kísérés, követés és lehorgonyozottság egyben, intuíció és tapasztalati tudás, saját élmény és saját maga háttérbe szorítása. Intenzív jelenlét, és mégis csak az érzések maradnak meg utána.

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

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

A vajúdo test nem csak a természetnek van kiszolgáltatva, hanem a hatalmi berendezkedésnek is, mely megpróbálja szabályozni, biztonságossá tenni, kontrollálni a folyamatot – azaz hatalmat gyakorolni felette (Csabai & Erős 2000; Kisdi 2012; Kitzinger 2008; Herman 2011). Továbbmenve, a segítő kapcsolat, mely akkor a leghatékonyabb, ha 'anyai hajlandóságot', érzelmi támaszt is magában foglal, szintén devalválódik. A rendszer részeként dolgozó szülésznők beszámoltak róla, hogy vagy személyre szabott, érintéssel és megérintődéssel együtt járó, vagy érinthetlenséggel és elzárkózással járó protokolláris segítséget nyújthatnak, és felszólítják őket, hogy válasszanak: a vajúdohoz, vagy a rendszerhez lesznek-e lojálisak. Ez egyrészt egy mesterséges szembeállítás, a hatalmi struktúrára adott kényszerű válasz, vagy megküzdési mód; másrészt a szemléleti keret (egymást kizáró segítségek) következménye, mert szembeállítja a személyre szabott és a protokolláris segítségnyújtást.

A szülés körüli segítő munka a kiegészítő magas kockázatával jár. Interjúalanyaink általában arról számolnak be, hogy hatékony és tudatos megküzdési mechanizmusokat kellett kifejleszteniük annak érdekében, hogy a nyomást, nagy terhet kezelni tudják. Számos esetben fordul elő, hogy korábban traumatizált nő szülését kísérik, vagy a folyamat válik traumatikusá. Interjúalanyaink interpretációi szerint ők maguk is könnyen traumatizálódnak ilyenkor. Előfordul, hogy inkább kognitív szinten „rendezik el a dolgokat”, belső feszültségeiket

igyekeznek egyedül megoldani, a munkát pedig racionálisan végezni, az apró lehetőségekre és pozitívumokra koncentrálni. Ugyanakkor ez a folyamat nem fenntartható, valós megoldás hiányában – mely nem feltétlenül az adott személyen múlik – végül feladáshoz is vezethet. Több esetben is előfordult, hogy interjúalanyaink legutolsó (tehát friss és rendezetlen) szülésélményét a kutatási interjú során zajló beszélgetés „tette helyre”; tehát az interjúhelyzetet is a trauma narratívájának megalkotására, és ezzel az élmény rendezésére használták. Interjúalanyaink közül voltak, akik érzelmi kapacitásaik révén jól viselik a nehéznek ígérkező születeket is, „általában traumatizált anyákkal” dolgoznak. Ebben a segítségi formában kulcsfontosságú, hogy ne maradjon egyedül a segítő – ugyanakkor saját határainak figyelembevételével tudjon dolgozni. Intézményes keretek között vizsgálatunk alapján úgy tűnik, egyikre sincs lehetőség, vagy csak nagyon szűkös.

A trauma tematikájával szoros összefüggésben jelenik meg az áldozathibáztatás jelensége, mely elsősorban a vajúdotokra, majd a szülésznőkre irányul. A patriarchális értékrenddel átítatott hatalmi berendezkedés nagyobb értéket tulajdonít a hierarchia csúcsán állók véleményének, élményének, így a kiszolgáltatottabb helyzetben levők – önkéntelenül is elfogadva ezt az értékrendet – önmagukat vélik hibásnak, ha a rendszer visszasságai miatt „asszisztálnak” a bántalmazáshoz, vagy „nem tudják megvédeni a rendszer abúzusától” a vajúdot. Előfordul, hogy felismerik, hogy bántalmazóvá válnak, ami komoly belső konfliktusokkal és krízisállapottal jár együtt (Herman 2011).

14. Az elemzések hermeneutikai szintje

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

Az IPA interjúk hanganyagait az etikai engedélynek megfelelően csak az interjúkészítő hallgatta meg, majd az ebből készült átiratokat elemeztük közösen a kutatói megbeszéléseken. Ez az eljárás csökkenti az IPA kutatás reliabilitását (Rodham & mtsai 2013; Rác & mtsai 2015, 2016). A disszertáció első olvasóinak – különösen Prof. Dr. Rác József alapos és konstruktív – visszajelzése alapján a módszertani bemutatás validitása fejlesztendő (Yardley 2000; Rác & mtsai 2015, 2016). Mivel a módszer elsajátítása hosszas és gyakorlaton alapuló folyamat, talán szerencsésebb volna „IPA kutatás – kísérlet”-ként bemutatni a munkát.

A szövegek bemutatásánál pedig az „első szerző” és a közös munkafolyamat pozicionálására

fordítottunk figyelmet. Mivel az IPA kutatás véghezvitelét 'menet közben' sajátítottuk el, az elemzés és értelmezés folyamatát helyenként a feminista kutatási paradigmával, helyenként a pszichoanalitikus esetelemzés narratívájával egészítettem ki – ezzel a módszertani triangulációval is megerősítve a kutatás validitását és episztemológiai pozícióját. Az értekezésben néhányszor eltérek az IPA elemzések szokásos menetrendjétől – a „női hang” megszólaltatása érdekében előfordul, hogy a Megvitatás és Diskusszió részeknél is szerepelnek interjúrészetek (lábjegyzetben hivatkozva). Az idézetek e helyeken történő megjelenésének másik oka, hogy – tekintettel a medikális diskurzus kizáró aspektusaira – interjúalanyaink tudásanyagát gyakorlati tapasztalatokon alapuló „nem publikált hiteles forrásnak” tekintem, és mintegy szakirodalomként hivatkozom.

A vajúdas/szülés pszichológiai szempontjai sem ragadhatók ki a jelenség társadalmi beágyazottságából, ezen aspektusok beemeléséhez a kritikai pszichológiai szemlélet nyújtott segítséget. Az egyéni tapasztalatok nem választhatók el a társas meghatározottságtól, tágabb, rendszerszintű kontextusoktól – így nyerhetünk betekintést az egyén személyes tapasztalatainak segítségével nagyobb összefüggések irányába, az egyeditől az általános felé „ablakot nyitva”.

15. A vajúdas/szülés kritikai értelmezése

A nemek közötti hatalmi egyenlőtlenségek a vajúdas/szülésről való gondolkodásunkban is megjelennek, és tükröződnek a tudományos és hétköznapi diskurzusokban; az általunk megkérdezett segítők tapasztalatai alapján a mindennapi munka során is. A szóhasználatnak nagy jelentősége van a vajúdas/szülés melletti segítség során is (Hoyer 2002; Varga 2015; Vincze & Lipienné Krémer 2016), ahogyan interjúalanyaink fogalmazzak: a segítők szövege „beég”, „egy életre elviszi az anya”. Kritikai értelmezések szerint a hatalmi függőségi viszonyt megerősítő kommunikációként értelmezhetjük a vajúdos/szülő nő felé irányuló degradáló, kicsinyítő, megalázó beszédmódot. De kifejezetten erőszakos és sértő kommunikáció is előfordul. Interjúalanyaink megrázó példákat hoztak erre a jelenségre.

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

A szülési kultúra nagymértékben meghatározza a szülés körüli segítség gyakorlatait is. A különböző szemléletek közötti információ-áramlás, a kommunikáció is tekintély-alapon szerveződik, így a hierarchia alsóbb szintjein elhelyezkedő emberek számára korlátozott. A holisztikus szemlélet mindaddig „hóbortos” elmélet marad a kórházban dolgozók számára,

amíg a körülmények – a patriarchális értékrend által átítatott hatalmi berendezkedés – előírják a szerepeket és a viselkedéseket, miközben a szakmai önállóság és személyes jelenlét sérül.⁵⁶

A DISSZERTÁCIÓ ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSAI ÉS GYAKORLATI JELENTŐSÉGE

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

Fontos lenne, hogy a különböző szakterületen dolgozó segítők együtt tudjanak működni egymással, ebben a folyamatban „minden oldal” meghallgatása kulcsfontosságú – reményeim szerint ebben a dolgozatban „megszólalhattak” azok is, akik – különböző okokból adódóan - kevésbé jutnak szóhoz. A kritikai pszichológiai pozíció lehetővé tette, hogy a tudományosságot nem mellőzve kutatóként is elköteleződjek egy szemléletmód mellett, ezáltal tágabb összefüggések mentén is bemutassak jelenségeket. Ennek gyakorlati szempontból is kiemelkedő jelentősége van ebben a kontextusban, hiszen, ahogy interjúalanyaink is megfogalmazták, rendszerszintű problémákra jelenleg csak egyéni szinteken születnek megoldások – mindenképpen érdemes tehát tudományos igényességgel, interdiszciplináris összefüggésekben is tovább vizsgálni e területet.

Értekezésemmel szeretnék hozzájárulni ahhoz a szemléletváltáshoz, mellyel elkezdődhetne az a rendszerszintű változás, amelyre nagy szükség lenne az egészségügyben, a vajúdas/szülés tekintetében is. A vajúdas/szülés túlzott medikális kontrollja eltávolítja a szereplőket a 'természetes' folyamattól, ugyanakkor a hatalmi egyenlőtlenségek számos visszaélésre is lehetőséget adnak.

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

Kutatásunk eredményei rávilágítanak arra, hogy a vajúdas/szülés történeteinek elbeszélhetősége minden résztvevő (kutató, szakember, vajúdos/szülő nő) számára kulcsfontosságú. Következtetéseink szerint nem lehet figyelmen kívül hagyni a vajúdas/szülés melletti segítő szakmák esetében az érzelmi munka jelentőségét, melyre mind a szakemberképzésben, mind a mindennapi munkában nagyobb hangsúlyt kellene fektetni. Kiemelt jelentőségű lenne a megfelelő szupervízió és esetmegbeszélés biztosítása, különös tekintettel az érzelmi kimerülés megelőzésére és kezelésére, melyben a pszichológia, a perinatális szaktanácsadás szerepét emelem ki elsősorban.

⁵ „...nehéz ezt a [bábai modellt] megvalósítani a kórházban, nagyon nehéz. Akik mégis megteszik, azt gondolom egyébként, hogy sokkal többet tesznek... hogy nehezebb nekik, mint nekem. Tulajdonképpen ez [az otthonaszülés] egy kegyelmi helyzet mindenek ellenére. Hogy az ember úgy és azt csinálhatja, különböző nyomások nélkül, keretek megszabják, de nem korlátok, szóval, hogy nekik sokkal nehezebb, na. Ugyanazt megvalósítani... nem is lehet.” (interjúrészlet: Bori, bába)

⁶ „És hát ők még nagyon a humanizáltnál vannak, miközben ők azt gondolják, hogy ők a bábai modellt képviselik. Csak ők nem látják. Nem hiszik el, hogy ez nem az.” (interjúrészlet: Teri, dúla)

Interjúalanyaink kiforrott szakmai identitással rendelkeznek, de munkavégzésük szabadsága és elismertsége nagyon sok esetben a kórházi szülész-nőgyógyász szakorvosok engedékeny vagy szigorú döntéseitől függ. 2014 óta rendeletben szabályozták, hogy a szövődménymentes, alacsony kockázatú várandósságot és szülést önállóan kísérheti a szülésznő is⁷. Ez mégsem tud tömegesen megvalósulni a „*nehezen változó*” rendszer miatt. Szükség lenne a bábai modell bevezetésére és alkalmazására, az intézményen kívül praktizáló bábák munkájával kapcsolatos szakmai irányelvek kidolgozására (Vincze & Lipienné Krémer 2016). A szemléletek közötti szakadékok (medikalizált – humanizált – holisztikus) nem kizárólag a szülészet szakmai különbségeit jelzik, hanem egyben reflexiók a hatalmi egyenlőtlenségekre, a társadalmi nemek „harcára”, a személytelen és a személyes ellátás megvalósíthatóságának lehetőségeire vagy hiányosságaira.

Nagyon erős társadalmi igény mutatkozik általában az egészségügyi gyakorlat, és kifejezetten a vajúdas/szülés bevett intézményes gyakorlatainak megváltoztatására, az együttérző gyógyítás meghonosítására (Lipták 2017). Ilyen törekvések pl. a Pozitív Attitűd Formálás – Az Emberibb Egészségügyért; Séta a szülés/születés minőségéért; az EMMA Egyesület munkája⁸. A téma relevanciáját mutatja, hogy a magyarországi egyetemeken pszichológiai kutatócsoportok alakultak és alakulnak.⁹

Az értekezésemben bemutatott gondolatmenet, elemzés és kutatás arra is felhívja a figyelmet, hogy nem csak a vajúdos/szülő nő, hanem általában a szülés körüli segítők helyzete is szélsőségesen nehéz, amit időnként, megfelelő körülmények esetén, egyedi megoldásokkal kompenzálni tudnak ugyan, de tágabb kontextusokban, szemléletekben és rendszerszinten is komoly változásokra van szükség. „Sok bába közt elvész a gyerek” – a sokféle szerepben jelenlevő segítők minden jó szándék ellenére is, gyakran egymással összeegyeztethetetlen, széttöredezett ellátást tudnak csak biztosítani a gyermeket vállaló családnak, és ezáltal éppen a segítség hatékonysága és személyre szabottsága vesz el – holott a nemzetközi szakirodalom alapján a legújabb kutatásokon alapuló jó gyakorlatok éppen arra törekednek, hogy az ellátás egységességét és folyamatosságát biztosítsák¹⁰. A szülésznők, bábák képzésének kulcsfontosságú szerepe van ebben a folyamatban (Davis 2010).

A medikális, tudományos világkép összeegyeztethetetlennek tűnik az élet személyességével, valós és egyedi történeteivel, az orvostudomány képtelen „észrevenni” a személyt (Bánfalvi 2015). A kórházakban gyakori aktív szülésvezetés helyett humánusabb működésmód lehet a háborítatlanságot biztosító szüléskísérés – azaz, olyan helyzet biztosítása a szülő nő részére, amelyben önmaga lehet, elengedheti magát tabuk, gátlások nélkül – és átadhatja magát a folyamatnak. Biomedikális paradigmában fogalmazva: a vajúdas/szülés folyamatához elengedhetetlen centrális oxitocin rendszer működését a biztonságos társas környezet biztosítja; specifikusan nőkre jellemző, hogy stresszre adott válaszként társas támaszt

⁷ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm>

⁸ PAF: <http://www.pafhungary.hu/>

EMMA: <http://www.emmaegyesulet.hu/>

⁹ A teljesség igénye nélkül:

MagyarPszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság:

<http://newinst.wixsite.com/mapszig25/program>

Perinatális szaktanácsadó képzés, ELTE PPK:

http://www.ppk.elte.hu/file/ismerteto_perinatalis_20170331.pdf

¹⁰ Lásd pl. Folyamatos vajúdas-támogatás a nőknek: szakmai ajánlás

[http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(17\)30482-3/fulltext](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(17)30482-3/fulltext)

keresnek: ez a 'tend-and-befriend', vagy más szerzők megfogalmazásában 'calm-and-connect' reakció (Taylor & mtsai 2000; Davis 2007; Varga 2011a, 2011b; Uvnas-Moberg 1998; Uvnas-Moberg & Peterson 2004). Ha – ismét csak Winnicott szavaival élve – a „létezés-bontakozás zavartalan állapota” jön létre, az nyilvánvalóan hasznos a vajúdo számára (Winnicott 1956/2004; Ogden 2004: 241). Ha – ellentétben az előbb említett biztonságos megtartó jelenléttel – folyamatos felnőtt kommunikációra kényszerítjük a vajúdot, akadályozzuk a saját belső kommunikációját, önmaga kibontakozásának lehetőségét, a potenciális teret, megzavarhatjuk a vajúdo, szülés 'természetes' folyamatát. A vajúdo és a környezete közötti kommunikáció leírható akár egy – többértelmű – szóval is: karbantartás (vö. Winnicott „jól tartó környezet” fogalmával, Fonagy 2004: 255). A szülést kísérő személy feladata azt a fizikai (tehát nonverbális üzeneteket hordozó) környezetet biztosítani, ahol a 'természet teheti a dolgát'. A vajúdo nő így megengedheti magának az önkontroll, bizonyos én-funkciók (pl. realitás-kontroll) elvesztését ebben a biztonságos térben. A szülés körüli segítő pedig megengedheti magának hogy teljes személyiséggel, mentális és érzelmi jelenlétével, „anyai hajlandóságával” vegyen részt a folyamatban.

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

AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

Tanulmányok:

Székely Zs. és Csabai M. (2018) Szülésznők tapasztalatai a szülés során létrejövő segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 19(2), 176-200.

<https://akademai.com/doi/abs/10.1556/0406.19.2018.008>

Székely Zs. és Csabai M. (2017) Együtt szülés. A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek és a hatalom szempontjából. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat* 7(2), 41-59.

http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely_csabai.pdf

Székely Zs. (2016) A szülés során létrejövő segítő kapcsolat újraértelmezése a modern pszichoanalitikus elméletek fényében. *Imago Budapest* 5(3-4), 41-56.

http://imagobudapest.hu/images/lapszamok/2016_3-4_Gyogyito-kapcsolat-es-empatia_Kollektiv-aldozattudat/Imago_Bp_2016_3-4-szam_pp041-56_Szekely-Zs.pdf

Székely Zs. (2016) „Ilyenkor szoktam remegni” Rendhagyó esettanulmány. *Lélekelemzés* 10(1), 79-91.

Székely Zs. (2011) Szülés – család – párkapcsolat. Mélyinterjú vizsgálat különböző családi állapotú anyákkal. *Kapocs* X(1) (48)

Székely Zs. (2011) Giving birth to ourselves. *Online Journal for the Psychological Study of the Arts*, 2011

http://www.psyartjournal.com/article/show/szkely-giving_birth_to_ourselves

Konferenciaszereplések:

„We, women, are dealing with our birth through all our lives” – Midwives’ experiences of the helping relationship: an interpretative phenomenological analysis. International Sandor Ferenczi Conference, Firenze, Italy, 2018. május 3-6.

<http://ferencziconference.com/conference/>

Kapcsolatban bontakozó kapcsolat. Szülésznők, bábák, dülák tapasztalatai a segítő kapcsolatról: kutatási beszámoló. MPPOT – Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság XV. Kongresszusa, Budapest, 2018. február 24-25.

<http://www.mppot.hu/homepage/index.php/2018-absztraktok>

Hungarian midwives’ experiences of the helping relationship: an interpretative phenomenological analysis. London Maternity and Midwifery Festival, London, UK, 2018. február 12.

<http://www.maternityandmidwifery.co.uk/events/london-2018/speaker-profiles/>

A segítő kapcsolat narratívái szüléstörténetekben: előadás. Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos Nagygyűlése, Eger, 2015

A szülés, mint személyiségfejlődési lehetőség – a pszichoanalízis lehetséges kérdései és válaszai: előadás. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület őszi konferenciája, Budapest, 2013

The feminist paradox: presentation. Doktoranduszok Országos Szövetségének konferenciája, Piliscsaba, 2011

Giving birth to ourselves: Time for self-development – Timeless self development: presentation. Psychology and Literature International Conference, Pécs, 2010

Egy különleges kapcsolat különleges élményei: bábák és szülő nők: előadás. Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése, Pécs, 2010

A fejlődés ideje és időtlensége: előadás. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület őszi konferenciája, Budapest, 2008

Egyéb publikációk:

Székely Zs. (2018) Kritikai pszichológiát a szüléshez is! *Új Egyenlőség 2018. február 21*, Kritikai Pszichológia sorozat, <http://ujegyenloseg.hu/kritikai-pszichologiat-a-szuleshez-is/>
Letöltés ideje: 2018. november 6.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Allen, J. G; Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2011) *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Lélekben Otthon
- Armstrong, P. & Feldman, S. (2001) *A születés művészete – szülés bölcsen, a természet rendje szerint, a tudomány támogatásával*. Budapest: Alternatal
- Bálint M. (1990) *Az orvos, a betege és a betegség*. Budapest: Animula
- Bánfalvi A. (2001) *A pszichoanalízis, mint álcás nő*. A pszichoanalízis és a nő kulturális megítélésének némely megegyezéséről. *Thalassa* 12(2-3), 55-82.
- Bánfalvi A. (2003) A szülés medikalizációja. *Lege Artis Medicinae* 13(3), 250-1.
- Bánfalvi A. (2015) Orvos és tudomány 5. Személyesség és tudomány. *Lege Artis Medicinae* 25(6-7), 312-314.
- Bóné V. & Biró E. (2015) Ha összetartoztunk testileg, tartozunk össze lelkileg is. Az apás szülést választó párok motivációinak elemzése. In Kisdí B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan, 339-366.
- C. Molnár E., Füredi J. & Papp Z. (2006) (szerk.) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Budapest: Medicina
- Charlick, S., McKellar, L., Pincombe, J. & Fielder, A. (2016) Making Sense of participant Experiences: Interpretative Phenomenological Analysis in Midwifery Research. *International Journal of Doctoral Studies* 11, 205-216.
- Csabai M. (1998) *Bőrbe kötve – a test könyvei*. (Featherstone, M., Hepworth, M. és Turner, B. (szerk.) A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória). *BUKSZ* 10(2), 160-166.
- Csabai M. (2003) „Pszichopolitika”. Tények és konstrukciók a lelki zavarok meghatározásában. *Café Babel* 43-44: Tény, 63-71.
- Csabai M. (2004) A hisztériával kapcsolatos diskurzusok tanulságai a szomatizációs jelenségek és a betegségmagatartás megértéséhez. *Magyar Pszichológiai Szemle* (1), 55-67.
- Csabai M. (2007) *Tünetvándorlás*. Budapest: Józsefvég
- Csabai M. & Erős F. (2000) *Testhatárok – énhatárok. Az identitás változó keretei*. Budapest: Józsefvég
- Csabai M. & Molnár P. (2009) *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina
- Csabai M. & Pintér J. N. (2013) (szerk.) *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest: Oriold és Társai
- Csabai M., Csörsz I. & Szili K. (2009) *A gyógyító kapcsolat élménye*. Budapest: Oriold és Társai
- Davis, E. (2007) *Életkör. A női lét tizenhárom archetípusa*. Budapest: Jaffa

- Davis, E. (2010) Midwifery Education: Trauma or Transformation? *Midwifery Today* 96, Winter 2010/11.
<https://midwiferytoday.com/mt-articles/midwifery-education-trauma-transformation/> Letöltés dátuma: 2018. január 10.
- Davis-Floyd, R. (1992) *Birth as an American Rite of Passage*. Oakland, CA: University of California Press
- Deáky Z. & Krász L. (2005) *Minden dolgok kezdete. A szülés kultúrtörténete Magyarországon (XVI-XX. század)*. Budapest: Osiris Századvég
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. (2013) The emotional journey of labour – women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery* (3), 371-377.
- Eatough, V. & Smith, J.A. (2008) Interpretative Phenomenological Analysis. In Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (szerk.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: Sage, 179-194.
- Fereday & Oster (2010) Managing a work-life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting. *Midwifery* 26, 311-318.
- Ferenczi S. (1933) Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. In Buda B. (szerk.) (1971) *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Budapest: Gondolat, 215-221.
- Fonagy, P. (2004) Winnicott hamis self fogalmának újragondolása. In Winnicott, D. W. (2004) *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Szerk. Péley B. Budapest: Új Mandátum, 254-272.
- Forgács A., Németh M., Márton S., Szeverényi P. & Kákonyi Sz. (2000) A társas támogatás jelentősége a terhesség és a szülés során. *Magyar Nőorvosok Lapja* (63)5. 367-373.
- Fülöp E. (2016) *A gyógyítók kiégése az empátia és az érzelemszabályozás tükrében*. Doktori értekezés. Elméleti Pszichoanalízis Program, Pszichológia Doktori Iskola. Pécs: Pécsi Tudományegyetem
- GebrinÉ Éles K., Takács P., Kósa Zs., Heinrichné Kőszegi K. & Lampek K. (2017) Szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálata. *Acta Medicina et Sociologica Vol. 8* 24(4), 41-58.
- Geréb Á. (2010) *Vetélés, perinatális gyermekvesztés és gyász a későbbi szülés tükrében*. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Ápolás és betegellátás szak, Szülésznő szakirány. Budapest: Semmelweis Egyetem
- Hastie, C. & Fahy, C. (2011) Inter-professional collaboration in delivery suite: A qualitative study. *Women and birth* 24, 72-79.
- Héjja-Nagy K. (2014) *A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében*. Szakdolgozat. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális Szaktanácsadó szakirányú továbbképzés. Budapest: ELTE PPK
- Herman, J. (2011) *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér
- Heyn, D. (2003) *A vágy csendje*. Budapest: Háttér

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

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

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

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

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

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

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

Kende A. (2002b) Szüléstörténetek. Az anyává válás köznapi narratívái. *Tudásmenedzsment* 3(1), 21-33.

Kerekes, Zs., Valcheff, D., Sz. Makó H., Édes T., Kállai J. & Laravière, M. (2016) *Experienced burnout level and its relationship with resilience among health care staff*. In Teoh, K., Dediu, V., Saade, N. J. & Hassard, J. (szerk.) 12th EAOHP Conference, Occupational Health Psychology in Times of Change: Society and the Workplace: Book of proceedings.

http://www.eaohp.org/uploads/1/1/0/2/11022736/eaohp_2016_-_book_of_proceedings.pdf#page=282

Letöltés ideje: 2018. május 20.

Kisdi B. (2012) A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár* 3, 23-44.

Kisdi B. (szerk.) (2015) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan

Kisdi (2016) Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz J. T. (2016) (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. Komárno: International Research Institute s. r. o., 321-330.

Kitzinger, C. (2004) Feminist approaches. In Seale, C., Gobo, G., Gubrium, F.J. & Silverman, D. (szerk.) *Qualitative Research Practice*. London: Sage, 125-141.

Kitzinger, S. (2008) *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal

Kitzinger, S. (2012) *Birth and Sex*. Pinter and Martin.

Kolbenschlag, M. (1999) *Búcsúcsók Csipkerózsikának*. Debrecen: Csokonai

Kovács M. (2006) A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae* 16(11), 981-987.

- Kovácsné Török Zs. (2009) *Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére*. Doktori értekezés. Humán Tudományok Doktori Iskola, Debreceni Egyetem. Debrecen: Debreceni Egyetem
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane D. (2009) Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25(2), 49-59.
- Leinweber, H. J. & Rowe, J. (2010) The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery* 26(1), 76-87.
- Lénárd K. (2004) A nyelvzavar-koncepció hermeneutikai értelmezése. *Magyar Pszichológiai Szemle* LIX(3), 411-424.
- Linder-Sandifer, G. (2002) About Misconceptions: Truth, Lies, and the Unexpected on the Journey to Motherhood by Naomi Wolf. *Journal of Perinatal Education* 11(2), 46-47.
- Lipienné Krémer I., Rados M., Pálvölgyi M., Dió M., Mészáros J. & Soósné Kiss Zs. (2016) A highly demanding profession: midwifery. Do the midwives who provide sensitive support for birthing women feel satisfied and appreciated? *New Medicine* 20(1), 19-26.
- Lipták J. (2017) *Együttérző gyógyítás. Interjú dr. Robin Youngsonnal, a Szívvel az egészségügyben mozgalom alapítójával*. Medicalonline, 2017. október 12.
http://medicalonline.hu/gyogytas/cikk/egyutterzo_gyogytas
Letöltés ideje: 2017. 11. 01.
- Lundgren, I. & Dahlberg, K. (2002) Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 18, 155-164.
- Maslach, Schaufeli W.B. & Leiter M.P. (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 397-422.
- Molnár J. E. & Frigyes J. (2012) *A mesterséges megtermékenyítéstől a szülés utáni depresszióig. A szülészet pszichológiai-pszichiátriai problémái és terápiás eszköztára*. Oktatási anyag az azonos című tanfolyamhoz. Budapest: Vadaskert Alapítvány
- Müller Zs. (2010) Utószó. In Raphael-Leff, J. (2010) *Más-állapot*. Budapest: Háttér
- Novák J. (2015) Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In Kisdi B. (szerk.) (2015) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan, 149-183.
- Ogden, T. H. (2004) A potenciális tér. In: Winnicott, D. W. (szerk. Péley B.) (2004) *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Budapest: Új Mandátum, 114-119.
- Pálfi M. (2009) Női tudásformák egy 18. századi férfi diskurzusban. *Alkalmazott Nyelvészeti Közlemények Miskolc* IV(1), 127-139.
- Pápay N. & Rigó A. (2015) (szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös
- Pikó B. (2005) *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai
- Pikó B. & Piczil M. (2002) Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. *Pszichológia* 22(4), 437-447.
- Pinkola Estés, C. (2006) *Farkasokkal futó asszonyok*. Budapest: Édesvíz

- Pintér J. N. (2013) A betegség fenomenológiai tapasztalata. In Csabai M. & Pintér J. N. (szerk.) *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest: Oriold és Társai, 15-42.
- Rácz J., Kassai Sz. & Pintér J. N. (2015) Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle* 71 (2) 4, 313-336.
- Rácz J., Kassai Sz. & Pintér J. N. (2016) *Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. L'Harmattan: Budapest
- Rados M. & Mészáros J. (2017) A támogató környezet szerepe a szülési stressz kezelésében. *Orvosi Hetilap* 158(29), 1149-1156.
- Raphael-Leff, J. (2010) *Más-állapot*. Budapest: Háttér
- Rodham, K., Fox, F. & Doran, N. (2013) Exploring analytical trustworthiness and the process of reaching consensus in interpretative phenomenological analysis: lost in transcription. *International Journal of Social Research Methodology*
<http://dx.doi.org/10.1080/13645579.2013.852368>
- Romano, A. M. & Lothian, J. A. (2008) Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 37, 94-105.
- Sallay V., Martos T. & Hegyi E. (2015) Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan. 291-314.
- Schiller, R. (2017). #Metoo shows we need trauma-informed maternity care. *Birthrights are human rights*.
<http://www.birthrights.org.uk/category/human-rights/>
 Letöltés dátuma: 2018. január 10.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009) *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage
- Soltész A., Rigó A. & Pápay N. (2015) Az együttszülés jelentősége. In: Pápay N. & Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös, 353-370.
- Stern, D. N. (2002) *A csecsemő személyközi világa*. Budapest: Animula
- Szénási R., Lipienné Krémer I. & Mészáros J. (2013) Gátmetszési gyakorlat hazánkban. *Nővér* 26,16-26.
- Szeverényi P. & Forgács A. (1994) A szülés alatti társas támasz jelentősége. *Magyar Nőorvosok Lapja* 57(5)
- Sz. Makó H. & Veszprémi B. (szerk.) (2017) *A párkapcsolattól a gyermekágyig. A várandósság, a szülés, és a gyermekágy időszakának pszichológiája és pszichoszomatikája*. Pécs: Octoport Nonprofit Kft.
- Sz. Makó, Bernáth L., Szentiványi-Makó N., Veszprémi B., Vajda D. & Kiss E. Cs. (2016) A MOSS – SSS társas támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia* 2016 (16)3, 145-162.
- Szokolszky Á. (2004) *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris

- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R & Updegraff, J. (2000) Female Responses to Stress: Tend-and-Befriend, not Fight-or-Flight. *Psychological Review* 107(3), 411-429.
- Thelin, I. L., Lundgren, I. & Hermansson, E. (2014) Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5(3), 113-118.
- Thomas, B. G. (2009) 'Making a difference': midwives' experiences of caring for women. *Evidence Based Midwifery Dec 6*, The Royal College of Midwives: organizational homepage. <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/%E2%80%98making-a-difference%E2%80%99-midwives%E2%80%99-experiences>
Letöltés ideje: 2018. április 20.
- Tóth K. (2008) Szálak a titokzatos szövetből. In Bokor Judit & Mészáros Viktória (szerk.) (2008) *Intimitás, áttétel, viszontáttétel*. Budapest: Lélekben Otthon
- Turner, B. (1997) A test elméletének újabb fejlődése. In Featherstone, M., Hepworth, M. & Turner, B. (1997) (szerk.) *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*. Budapest: Jászöveg, 7-51.
- Uvnäs-Moberg, K. & Petersson, M. (2004) Oxytocin: Biochemical link for human relations. Mediator of antistress, well-being, social interaction, growth, healing. *Läkartidningen* 101(35), 2634-2639.
- Uvnäs-Moberg K. (1998) Antistress pattern induced by oxytocin. *News in Physiological Sciences* 13(1), 22-26.
- Varga K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In Bagdy E., Demetrovics Zs. & Pilling J. (szerk.) *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Budapest: Akadémiai, 447-474.
- Varga K. (2011a) Az oxitocin, mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinæ* 21(12)
- Varga K. (2011b) Az első életóra a centrális oxitocin tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja* (5)74, 14-18.
- Varga K. (2015) A szülés élménye. Út a „jó minőségű” szüléshez, születéshez. In Pápay N. & Rigó A. (szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös, 67-86.
- Varga K., Andrek A. & Herczog M. (2011) A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In Danis I., Farkas M., Herczog M. & Szilvási L. (szerk.) *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei. Biztos Kezdet Kötetek 1*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 230-281.
- Varga K. & Suhai-Hodász G. (2010) *Szülés és születés. Lélektan innen és túl*. Budapest: Pólya
- Varró G. (2015) Így szülünk mi – szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon. In Kisdi B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan, 185-204.
- Vincze F. & Lipienné Krémer I. (2016) Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. *Orvosi Hetilap* 157(11), 415-423.
- Winnicott, D. W. (1958). Az egyedüllét képessége. In Péley B. (szerk.) (2004) *Winnicott. A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Budapest: Új Mandátum 114-119.

Wolf, N. (2001) *Misconceptions. Truth, Lies, and the Unexpected on the Journey to Motherhood*. New York: Doubleday

Yardley, L. (2000) Dilemmas in Qualitative Health Research. *Psychology and Health* 15: 215-228.

Yoshida, Y., Sandall, J. (2013) Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery* 29(8), 921-926.

Zimmerman, J. (2010). *Amit a feministáknak a szülés közben átélt nemi erőszakról tudniuk kell*. <http://www.emmaegyesulet.hu/amit-a-feministaknak-a-szules-kozben-atelt-nemi-eroszakrol-tudniuk-kell/> Letöltés ideje: 2017. július 15.