

DOI: 10.18427/iri-2016-0038

Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság¹

Kisdi Barbara

Pázmány Péter Katolikus Egyetem BTK Szociológiai Intézet

kisdi.barbara@btk.ppke.hu

A szülés posztmodern diskurzusain belül² jellemző alapvetés, hogy a szülés minősége és élménye befolyással lehet a következő gyermek vállalásának hajlandóságára (Kende, 2001:208; Kitzinger, 2008; Varró, 2015:185). Tehát ha a szülés negatív élményként rögzül az anyában, az visszavetheti a további szülési hajlandóságot. Ha pedig ez így van, akkor nemzetstratégiai kérdés a szülés minőségének javítása a pozitív szülésélmény érdekében. A javaslatok megfogalmazása a WHO1985-ös állásfoglalása óta (World..., 1985:436-437) rendszeresen témája a szakmai egyeztető fórumoknak, amelyek azonban javarészt nem az egészségügy berkein belül, hanem – Magyarországon különösképpen – politikai szinten civil szervezetek kezdeményezése nyomán zajlanak.

Noha a szülésélmény és a szülési hajlandóság közötti összefüggés nyilvánvalónak tűnik, maga a szülésélmény nem tartozik a jól kutatott témák közé (Berg et al., 1996; Waldenström et al., 1996; Suhai-Hodász, 2000; Baker et al., 2005; Lundgren et al., 2009; Larkin et al., 2009; Héjja-Nagy, 2014, 2015; Waldenström et al., 1996), az említett összefüggés pedig végképp nem. Nyilvánvaló, hogy a gyermekvállalási hajlandóság mögött igen összetett motivációs mátrix áll, amit semmi esetre sem redukálhatunk egy-egy faktorra. A téma kutatása tehát még előttünk áll, amelyet az orvostudományban éppen zajló paradigmaváltási folyamat (Pikó, 2012:21) is egyre sürgetőbbé tesz. A különböző szülésélmények értelmezése hasznos adalékkal szolgálhat olyan társadalomtudományi problémák megértéséhez, mint a szülő női identitás változása, a választási preferenciák, a szüléssel és az újszülöttemel kapcsolatos attitűdök vagy a laikus képzetek és az erre adott reakciók a szülés-születés körébe tartozó elméleti, technikai, gyakorlati és interperszonális kérdésekkel kapcsolatban, stb.

A szülésélmény vizsgálata

A szülésélmény kutatása valószínűleg azért váratott magára sokáig, mert nehezen megragadható, sokszínű, szubjektív tapasztalatokról van szó, amelynek definiálása is nehézkes. Olyan egyéni életeseményről beszélünk, amely szubjektív módon megélt és értelmezett fiziológiai és pszichológiai folyamatokat foglal magába, amelyeket különböző társadalmi, környezeti, szervezeti és politikai körülmények is befolyásolnak (Larkin et al., 2009:49). Ennek ellenére a társadalomtudományok többsége a szülésélménynek nem szentelt kiemelt figyelmet. Üdítő kivételt jelentett

¹ A tanulmány a Pázmány Péter Katolikus Egyetem által támogatott KAP-1.1-15. pályázat keretében elvégzett, „A szülés élményének értelmezései és következményei” című kutatás eredményeit összegzi. Ezúton is köszönöm az egyetem támogatását.

² Posztmodern szüléskultúrán a medikalizált (modern) szüléskultúrát meghaladni kívánó, a szülés testi-lelki-szociális vonásait egyetlen rendszerként kezelő szemléletmódot értjük.

még 1987-ben az az akadémiai családkutatás, amely *Losonczy Ágnes* vezetésével a szülés-születés szociológiai kérdésköréit járta körül, s amelynek része volt a megélt szülésélmény vizsgálata is (Hanák, 1988, 1991; Losonczy, 2009). A vizsgálatok elsősorban a pszichológia és a bábaság tudományos szintjein bontakoztak ki (Waldenström et al., 1996; Lavender et al., 1999; Lundgren et al., 2009; Larkin et al., 2009; Dixon et al., 2013), amelyekről *Héjja-Nagy Katalin* nemrégiben megjelent tanulmányában ad kiváló összefoglalót (Héjja-Nagy, 2015).

A vonatkozó szakirodalom szerint a következő tényezők befolyásolják leginkább a szülés megítélését: a szülésznő észlelt támogatása, a vajúdás és szülés időtartama, a fájdalom mértéke, előzetes várakozások, a szülés folyamatába való bevonódás és a műtéti eljárások alkalmazása (Waldenström et al., 1996). *Lavender és munkatársai* (1999) nagymintás kutatása szerint a brit nők szülésélményében a legfontosabb szerepe a társas támasznak, az információnak, a beavatkozásoknak, a kontroll- és döntési lehetőségnek, illetve a fájdalomcsillapítás módjának volt (Lavender et al., 1999; Héjja-Nagy, 2015:320). Fontos kérdés azonban az is, hogy vajon mi számít jó és mi rossz szülésélménynek. Vajon mi alapján rögzül az anyában a szülés élménye pozitív vagy negatív eseményként?

Az alábbiakban röviden ismertetett kutatás³ az elmúlt hét hónapban (a 2015-2016-os tanév őszi szemeszterében) a Pázmány Péter Katolikus Egyetem hat MA-s szociológus hallgatójának bevonásával folyt,⁴ amelynek szűkebb fókuszában a szülésélményben megjelenő összefüggések feltárása, illetve ezeknek a következő gyermekvállalással kapcsolatos viszonya állt.

Megközelítésmód és módszer

Kutatásunk során összesen 40 interjú készült 67 szülésre vonatkozóan. Mivel a cél nem valamiféle társadalmi csoport szüléssel kapcsolatos élményének tipizálása volt, hanem az egyéni narratívákban megjelenő élményanyag tematizálása és belső összefüggéseinek értelmezése, az interjúalanyok kiválasztásának egyetlen feltétele az egy évnél nem idősebb gyermek megléte volt.⁵ Az interjúalanyok felkutatásánál sem törekedtünk semmilyen kvóta betartására, hanem a kérdezők számára elérhető védőnőkön,⁶ vagy ismerősökön keresztül jutottunk el az interjúalanyokhoz. Az interjúk kevés kivétellel az édesanyák otthonában, többnyire gyermekük/gyermekük társaságában készültek. A mintavételre vezethető vissza, hogy a megkérdezettek körében túlreprezentált az értelmiség, illetve a szülésre bizonyos szempontból tudatosan készülők aránya. A kettő egymással összefügg (vö. Kisdi, 2013:108-114). Az elemzés lehetőségét ez a körülmény nem befolyásolja, mert következtetéseinket kizárólag a megkérdezettek körére vonatkoztatjuk, s nem áll szándékunkban a szülő nőkről *általánosságban* szólni.

³ A tanulmány terjedelmi korlátai miatt összegző jellegű, számos témánkat az említés szintjén sem tudjuk érinteni. Részletesebb elemzést egy ezt követő írásomban adok közre.

⁴ A kutatócsoport tagjai: Fazekas Szabó Kinga, Fehér Nóra, Komolafe Cinderella, Práth Cecília, Sárosi Noémi és Suri Dóra.

⁵ Lundgren és munkatársainak vizsgálatából (2009) kitűnik, hogy a szülés a nők életében életre szóló élmény, értelmezésében nincs jelentősége annak, mennyi idő telt ez a szülés óta. Mindazonáltal az emlékéanyag könnyebb átélése érdekében az egy éves határidő mellett döntöttünk.

⁶ A védőnőket arra kértük, hogy az általuk aktuálisan látogatott anyákhoz vigyék el kutatási tájékoztatónkat, s bíztassák őket, hogy jelentkezzenek interjúalanyoknak. Ez erősen befolyásolta a lehetséges interjúalanyok körét.

Az általunk készített mélyinterjúk hét kutatói kérdésen belül (gyermektervezés; várandósság; előzetes ismeretek, elvárások, elképzelések a vajúdról és a szülésről; vajúdról; szülés; gyermekágy; következmények, értelmezés) nyitott interjúkérdésekkel bontotta ki az interjúalany ismereteit, elvárásait, tapasztalatait, értelmezéseit az adott témák és ezek összefüggései között, illetve egy, az adott szülészeti beavatkozásra vagy eljárásokon való átesést vagy át nem esést felmérő kérdések sorozata – ahol lehetőség volt a beavatkozások pontosítására is –, és egy Likert-skála segítette az adatgyűjtést. Az interjúkérdések az interjúalany szüléssel kapcsolatos élményeinek egyéb életeseményein, lehetőségein, ismeretein, elvárásain keresztül való megértését célozták, tág teret adva a holisztikus megközelítés követelményének. Kutatásunkban a szülésre vonatkozó kérdéseinket nem szűkítettük le a szülés aktusára, hanem azt egy folyamat részeként értelmezve helyeztük el a kutatói kérdésként megjelölt témák sorában, amelyek csakis együttesen értelmezhetőek. Az interjú elején gyűjtött alapadatok adnak információt az interjúalanyok demográfiai jellemzőiről.

Eszerint a mintában 34 felsőfokú⁷ és 6 középfokú végzettséggel rendelkező nő került, alacsony végzettséggel egy sem. Szakmájukat tekintve igen vegyes a kép, viszonylagos kiegyensúlyozottságban a bölcsész, az oktatási, a természettudományi, egészségügyi, a pénzügyi, gazdasági és a jogi területek. Az interjúalanyok életkora 25-től 39 éves korig terjed, az átlagéletkor 31,2 év. A gyermekszám az életkorral jobbra arányosan 1-től 3-ig terjed (egy gyermek: 21 fő, 2 gyermek: 13 fő, 3 gyermek: 6 fő, továbbá ketten szültek életképtelen magzatot, így jön ki a vizsgált 67 szülésélmény). Az egygyermekesek magas aránya ellenére sem reprezentálja a minta az országos átlagot, feltűnően magas a többgyermekesek száma, illetve a további vágyott gyermekek száma.

A mintában szereplő nők többsége házasságban él. A férj, illetve a pár iskolai végzettségét tekintve általában ugyanolyan szintű, mint az asszonyé,⁸ tíz esetben viszont a férfi végzettsége alacsonyabb szintű, mint a nőé. A szubjektív jóllét megítélésében pozitív válaszokat kaptunk, tehát függetlenül a valós anyagi körülményektől és a családi segítség fokától, négy kivételtől eltekintve jónak ítélték meg életkörülményeiket. A többség úgy nyilatkozott, mind anyagi, mind fizikális értelemben számíthat a család támogatására. Összességében tehát a mintába jobbra magas képzettségű, jól szituált, megfelelő anyagi körülmények között élő, támogató családi háttérrel rendelkező nők kerültek, elemzésünkben tehát ezen körülményeket kell figyelembe venni.

A gyermektervezés

A gyermeket interjúalanyaink tervezték, várták, nem került a mintába „nem várt gyermek”, legfeljebb olyan, aki hamarabb jött, mint tervezték. Ezek a tervek elsősorban a megfelelő anyagi körülmények biztosítását jelentették (egy kivétellel mindenki említette), s csak kisebb arányban a személyes elköteleződést, a biztos párkapcsolatot vagy a támogató családi környezetet. Az elvárás szintjén tehát a materiális értékek dominálnak a családtervezéssel kapcsolatban, ami a további

⁷ Nem különböztettük meg a felsőfokú képzés különböző szintjeit, illetve az egyetemre járókat is a felsőfokú végzettségűek közé soroltuk (három esetben).

⁸ Felsőfokú vagy középfokú, az ezen belüli képzési szinteket nem különböztettük meg.

gyermekvállalási tervekben, illetve a szülés módjára vonatkozó elvárásokban és értelmezésekben is megjelent.

A szülés *módjának* tervezését firtató kérdésünkre gyakorlatilag mindenki az orvos személyére asszociált, s arra kaptunk választ, hogy melyik orvosnál, esetleg melyik kórházban tervezték a szülést. Az ok a biztonság, az orvosi szaktudás. A biztonságot mindenkinek a kórház jelentette, de jellemző volt az orvos tulajdonságainak pontosabb körülírása is. Ezek az elvárások egy emberséges, szakmailag megbízható, ugyanakkor gondoskodó szakértő képét rajzolják ki. Ez az idealizált orvoskép sok esetben előre igazolhatóvá tette az esetlegesen bekövetkező beavatkozásokat, amely az utólagos igazolásban is nagy szerepet játszik. Minden konkrétumot nélkülöző, általános, igen jellemző elvárás, hogy *„mindegy csak rendben legyen a gyerkőc. Hogy jól menjen a szülés, hogy ne legyen semmi probléma vele.”* (KC1)⁹ Mint később látni a fogjuk, az orvos személye a szülés során már közel sem jelenik meg a narratívákban ilyen hangsúlyosan.

A szülés tényleges módjáról kevés konkrét előzetes tervvel találkoztunk. A leggyakoribb közelítő – inkább vágy, mint terv –, hogy a szülés legyen természetes. Vágy, mert konkrét lépésekig a természetes szülés meghatározására és az arra való felkészülésig csak kevesen jutottak el. A természetes szülés alatt általában a hüvelyi úton való szülést értették, nem a „normális szülést”.¹⁰ Azok közül, akik csak hüvelyi úton szültek (25 nő), tizenöten említették a természetes szülést, de csak hárman nyomatékosították, hogy mindenképpen természetes úton szerettek volna szülni. Öten egyáltalán nem gondolkodtak a szülés módján a várandósság előtt. Négyen a gátmetszés, hatan pedig a császármetszés elkerülésének vágyát említették. A császármetszéssel szült nők (15 fő) között arányaiban többen voltak, akik semmilyen elképzeléssel nem rendelkeztek teherbeesésük előtt arról, hogyan szeretnének majd szülni (8 fő). Két nő kifejezetten a császármetszést szerette volna elkerülni, de összesen négyen említették, hogy természetes úton akartak szülni. Egy interjúalany akart tervezetten császármetszéssel szülni. A számszerűsítésnek itt azért látjuk hasznát, mert ez a kis minta is arra enged következtetni, hogy az a beállítódás, ami a várandósság előtt jellemzi a nőket, összefüggésben állhat azzal, ahogyan végül gyermeküket megszülik, s ahogyan szülésélményüket értelmezik. Nem ok-okozati kapcsolatban, hanem inkább sztochasztikusan. Egy kivétellel mindegyik császármetszéssel szült nő orvosi indokkal magyarázta a császármetszést (az egy kivétel esetében három elektív császármetszésről van szó), de legtöbbjükénél a medikalizált szülés kritikáiról szóló mélyebb ismeretek hiányoztak,¹¹ így az orvosválasztás sem erre alapozott, s felkészülésük során elsősorban az orvos, másodsorban a választott szülésznő, harmadsorban pedig a védőnő tanácsaira hagyatkoztak. További szakmai információt kevesen kerestek. A császármetszéssel szült nők hozzáállása az említett négy kivételtől eltekintve (akik természetesen szerettek volna szülni) eleve sem zárta ki a császármetszés lehetőségét. A természetes szülés értelmezése nem volt konzekvens: *„Hát természetes szülés volt az elképzelés. [...] amikor még nem tudtam, hogy császár lesz, akkor is úgy álltam*

⁹ Terjedelmi korlátok miatt a szövegbe csak nagyon kevés interjúrészlet került. Az idézetek mögött az interjú kódja látható (a készítő monogramja és az interjú sorszámja).

¹⁰ A „normális szülést” a WHO a következőképpen határozza meg: *„Élettani folyamat, melynek során az újszülött spontán hüvelyi úton jut ki az anyaméhből olyan vajúdást követően, amelyet nem módosítottak beavatkozásokkal, mint pl. burokrepesztés, szülésmegindítás, szülésgyorsítás, oxitocin, epidurális érzéstelenítés, gátmetszés stb.”* (Farkasné, 1999:191.)

¹¹ Elsősorban az interneten olvasható blogokból, orvosi hozzászólásokból, újságcikkekből tájékoztak azok is, akik tudtak a vitákról, nem elemző szakszövegekből.

hozzá, hogy meghalni csak nem hagynak, utána végülis csináljanak velem, amit akarnak, és hogyha szeretnék fájdalomcsillapítót kérni, akkor kérek.” (SD5)

Várandósság

A várandósság testi-lelki változásaihoz való alkalmazkodás, tehát a változások értelmezése, elfogadása, feldolgozása függ a nő előzetes ismereteitől, elvárásaitól, testi-lelki adottságaitól, a támogató környezet meglététől vagy hiányától, s erősen befolyásolja a szülés élményét, a szülés egész témájával kapcsolatos élményanyagot. Mivel mintánk többnyire gazdaságilag jobb helyzetű, középosztálybeli nőkből áll, az anyagi korlátok kevésbé befolyásolták lehetőségeiket, testi problémáik nem szociális, hanem inkább kulturális okokra vezethetők vissza. A munka intenzitását többségük maga választhatta meg, életmódjuk saját döntésük függvénye volt, ezért a szokásos fizikai problémákon túl (émelygés az első trimeszterben, vizesedés az utolsóban) inkább a lelki nehézségeket említették a várandósság fizikai megélését firtató kérdéseinkre is. Ilyen volt a hízás, amit nem önmagában, a nehezebben viselhető testtömeg miatt említettek, hanem a lelki megterhelés miatt, ami egyrészt lányos alakjuk elvesztése okán nehezedett rájuk, másrészt a szokásos aktivitásaikban korlátozta őket. A legnehezebben azok viselték a súlygyarapodást, akik korábban aktívan sportoltak, ők a szülés után minden igyekezetükkel korábbi súlyuk visszaszerzésén fáradoztak. Két veszélyeztetett terhéstől eltekintve mindenki hangsúlyozta, hogy igyekezett aktív életet élni, s alapvetően nem számoltak be komoly fizikai problémákról. A veszélyeztetett terhes nők rendkívüli megpróbáltatásként élték meg ágyhoz kötöttségüket és korlátozottságukat, s bár a szülés simán lezajlott, több gyermeket a nehéz várandósság miatt egyelőre nem szeretnének vállalni. Alapvetően hiányolták a várandósgondozásból a „problémás terhességek” lelki támogatását, differenciált kezelését.

A jó fizikai állapot természetesen erősen összefügg a lelki jólléttel, s a negatív várandósság-élmény rendszerint nem a konkrét fizikai nehézségekkel állt összefüggésben, hanem olyan előzményekkel vagy helyzetekkel, amelyek folyamatos aggodalmat jelentettek a nők számára (korábbi vetélés, vérzés, az átlagostól eltérő teszteredmények, szociális problémák, stresszes munkahelyi környezet). Viszonylag magas volt azoknak a száma (26 fő), akik beszámoltak valamilyen „komplikációról” a várandósság alatt, ám ezeknek elenyésző részében vált a probléma akuttá. A vizsgálatok és azok eredményei gyakran ijesztették meg az anyákat. Egyetlen kivétellel valamennyi anya úgy nyilatkozott, hogy a várandósság alatt sokat aggódott magzatáért, akik pedig saját magukért is aggódtak (körülbelül az anyák egyharmada), többnyire a magzat okán féltették saját épségüket. Ez az érzelmi állapot elmélyíti a medikalizált szemléletet, amely a terhességet önmagában veszélyes állapotként kezeli, s ez egyenesen vezet a szülés veszélyességének képzetéhez.

Dúlával összesen hárman vettek föl kapcsolatot – ez a három anya készült a szülésére a legtudatosabban, ők voltak a legtájékozottabbak, s döntéseikben ők várták el a legnagyobb szabadságot. Egyikük császármetszéssel szülte meg mindkét gyermekét faros fekvés és kevés magzatvíz miatt, s rendkívül traumatikus volt számára ez a döntés (nála a dűla nem volt bent a szülőszobán).

Orvost két kivételtől eltekintve minden anya választott. Ketten szültek tehát ügyeletes orvosnál, egy nő szült magánklinikán, a többiek a választott orvoshoz

jártak terhesgondozásra, s nála is terveztek szülni (négy esetben szültek végül másnál különböző okokból). Az orvos az esetek többségében a már ismert nőgyógyász volt, amit a bizalom biztosítékának láttak, s ez általában elegendő volt ahhoz, hogy jó orvosnak titulálják, ritkábban pedig valamely ismerős ajánlása alapján kérték fel. Az orvossal szemben támasztott elvárás igen egyöntetű volt: jól vezesse le a szülést, és adjon biztonságot a jelenléte. Ő képviselte az orvostudományt, amely valamennyi interjúalanyunk számára a szülés biztonságának letéteményese. Jellemző, hogy függetlenül az eseményektől, a szülés pszichés megélésétől, az anya szándéka és az orvos döntései közötti összhangtól, a döntő többség úgy nyilatkozott, hogy elégedett volt az orvosával. Ebben az elégedettségben kizárólag a végeredmény számított, noha a nők egyharmada számolt be arról, hogy nem kapott elegendő információt a várandóssága alatt, panaszkodtak a „futószalag-effektusra”, többen úgy érezték, siettetni az orvos a szülést, sokan nem értették, miért van szükség egyes beavatkozásokra vagy nem tudták, mit kaptak az infúzióban, néhány esetben műhibára is gyanakodtak az anyák, a vajúdás, illetve a szülés alatt pedig a legtöbben kizárólag a szülésznőtől kaptak magyarázatokat az eseményekről.

A szülésznővel kapcsolatban – függetlenül attól, hogy választott volt-e vagy ügyeletes¹² – végletesen pozitív élményekről számoltak be a hüvelyi úton szülő nők: barátnői vagy anyai jellemzőkkel írták le, illetve olyanokkal, amelyek a szoros, személyes viszonyrendszerek pozitív vonásaival mutatnak párhuzamot. Az orvossal kapcsolatban ilyen személyes, érzelmi alapon megfogalmazott jelzőket ritkábban használtak.

A szüléshelyszín kiválasztásának alapja három eset kivételével nem a kórház volt, hanem az orvos, vagyis a nők oda mentek szülni, ahol a választott orvos szülést vezet, s egyetlen kivételtől eltekintve nem merült fel az adott kórházi szemlélet megismerésének vágya, noha az egyes kórházak szemlélete között nagyfokú különbségek vannak.

Vajúdás és szülés

A vajúdás élményét jóval jelentőségteljesebbnek érezték a nők, mint a kitolási szakét, tekintve a hosszát és a liminális állapot kézzelfogható jellegét. A leglényegesebb befolyásoló tényezőnek a szülésznő támogatása bizonyult, ami nem csak a szülés alatti információátadást és lelki támaszt jelentette, hanem sok esetben a várandósság alatti tájékoztatást is. A szülés élményében meghatározó jelentőségű, hogy az anya kapott-e annyi információt, amennyit igényelt, s azt milyen hangnemű és nyelvi formában kapta. Nem az irányítás ellen emelték fel a hangjukat azok, akik parancsoló hangnemről számoltak be akár a szülésznővel, akár az orvossal kapcsolatban („*én abban a helyzetben nem érzékeltem durvának, de a férjem mondta, hogy ez azért erős volt*” (KB11), hanem a flegma vagy türelmetlen, illetve tiszteletlen megnyilatkozások ellen.¹³ Az is panaszkodott a vajúdás és szülés közbeni információhiányról, aki korábban úgy gondolta, elég, ha a szakemberek tudják, mikor mi a teendő, ő aláveti magát nekik. Jellemzően ezekben az esetekben is az határozta meg legerőteljesebben a narratívák tartalmát, hogy milyen szinten érezték

¹² A tervezett császármetszéssel szült nők közül csak egy választott szülésznőt, a többiek közül 24-en fogadtak szülésznőt. Azok közül, akik nem fogadtak, a legtöbben terveznek fogadni, ha újra szülnék.

¹³ Varga Katalin amellel érvel, hogy a pszichológiai értelemben megváltozott tudatállapotként leírható szülés alatti szuggesztiókra a szülő nő rendkívül érzékeny, így a közlés módjának kiemelt jelentősége van ebben a periódusban (Varga & Suhai, 2002; Varga & Diószeghy, 2001).

a szülésznő támogatását, biztatását, s legfőképpen az arra való törekvését, hogy a szülés történéseit, időbeliségét kontroll alatt tartsa. Az orvos személye a szülésről szóló narratívákban csekély szerepet játszott, szinte kizárólag rákérdezésre említették, amely csak a negatív tapasztalatok alapján jelentett hangsúlyos szerepet. Az előzetes elvárások és utólagos értelmezés alapján úgy tűnik, az orvos személye a szubjektív biztonságérzés biztosításában kap jelentőséget, nem konkrét tevékenységében.

Jelentőségteljesnek bizonyult a szülés élményének szempontjából a társas támasz mértéke. A legtöbb interjúalany szerette volna, ha férje/párja bent van a szülőszobán, s ennek jelentőségét kiemelt motívumként jellemezték a narratívákban azok is, akiknél – császármetszés miatt – a társ csak a műtő ajtajában állhatott. A nők többsége ezt is megerősítésként élte meg. Bár az apás szülés jellemzői társadalomtudományi szempontból ma még igen alulkutatott területet jelentenek (vö. Bóné & Biró, 2015), interjúalanyaink fontos lelki támaszként értékelték az apa jelenlétét. A társas támasz fontosságát jelzi, hogy azokban az esetekben, amikor az apa akart, de valamiért nem tudott részt venni a szülésben, helyettesítő személyt hívtak be az anyák (barátnőt, saját anyjukat). Két szülésnél volt jelen dűla – ezekben az esetekben tudatosan természetes, lehetőleg normális szülésre készültek az asszonyok. Mindketten csodálatos, katartikus szülésről számoltak be – elvárásaiknak megfelelően.

A fájdalom kérdése szintén hangsúlyos, ami azonban nem önmagában bír jelentőséggel, hanem az előzetes elvárásokhoz képest. A hüvelyi úton szülő nők döntő többsége eleve úgy állt a fájdalomcsillapítás kérdéséhez, hogy a gyógyszeres beavatkozást feleslegesnek tartották, a fájdalmat a szülés természetes részeként értelmezték. Közülük azonban csak négyen gondolták úgy, hogy a szülést a nőnek, a nő ösztöneinek kell irányítani. Azok, akik mégis kaptak végül EDÁ-t,¹⁴ nem élték meg traumatikusan a beavatkozást, elfogadták az orvos döntését, főként, ha azt velük megbeszélte (ők a szülés ideális irányítójaként az orvost vagy a szülésznőt jelölték meg). Mindannyian úgy nyilatkoztak, hogy úgy szültek, ahogyan szerettek volna. Négy-négy interjúalany érezte úgy, hogy a fájdalomcsillapítás lehetőségével élni kell, illetve élni lehet, ketten pedig nem tudták eldönteni. A császármetszéssel szült nők közül egyetlen nő nyilatkozott úgy, hogy természetes szülésnél lehetőleg ne kapjon a nő fájdalomcsillapítást, a többiek ebben az esetben is hasznos és kihasználásra érdemes lehetőségnek tartották az EDÁ-t. Közülük csak négyen érezték, hogy végül nem úgy szültek, ahogy szerettek volna, a többiek a sürgősségi császármetszés esetében is elégedettek voltak a szülés módjával. Ebben a csoportban a többség minden szülés során az orvosi irányítást tartotta szükségesnek. Ez az önigazoló attitűd az orvosválasztással kapcsolatos saját döntés helyességét erősíti meg, ami az orvostudomány általános hitelének megőrzését szolgálja.

A preventív beavatkozásokkal kapcsolatban meglehetősen szoros összefüggés mutatkozik az előzetes elvárás, a szándék és az alkalmazott gyakorlatok között. Aki szerette volna elkerülni a borotválást és a beöntést, annak többnyire nem is volt, aki nem foglalkozott a kérdéssel, illetve fontosnak tartotta alkalmazását, azoknál általában volt. A gátmetszéssel kapcsolatban már nem található meg ez az összefüggés, mert összesen három nő szült gátmetszés nélkül, náluk gátvédelmet alkalmaztak, egyikük vízben, dűlával szült.¹⁵ További hat nőnél próbálkoztak a

¹⁴ Epidurális érzéstelenítés.

¹⁵ A WHO 1985-ös javaslata szerint a gátmetszést első szülőknél is lehetőleg kerülni kell, s gátvédelmet kel alkalmazni (Farkasné, 1999:144). Hasonlóképpen a borotválás és a beöntést is a kerülendő eljárások közé sorolták.

gátvédelemmel, de náluk végül sor került gátmetszésre is. Ezekben az esetekben a gátmetszést további beavatkozások követték: vagy intravénás oxitocint kaptak a kontrakciók erősítésére, vagy a hasfalra való nyomásgyakorlással járult hozzá az orvos a megszületéshez. Két esetben EDÁ-ra is sor került. A meleg vízzel (zuhany, egy esetben kád), labdán való vajúdás tíz nőnél fordult elő, ők ezt előre megbeszélték a szülésznővel, s mindannyian nagy segítségként élték meg a lehetőséget. A többiek eleve nem foglalkoztak a kérdéssel, s csak keveseknek ajánlották fel a lehetőséget a szülés helyszínén, de nem éltek vele. A vajúdási testhelyzet szabad megválasztása a szülés feletti saját kontrollt erősítheti, ám erre csak az esetek felében volt lehetőség a magzati monitorozás miatt. Nagyon kevesen érezték úgy, hogy kontrollt tartottak a vajúdásuk és szülésük felett (a kivételeket azok jelentették, akik erre tudatosan készültek), de többnyire úgy nyilatkoztak, erre sem lehetőségük, sem szükségük nem volt. A szülés rendszerint háton fekvé zajlott, néhány esetben döntött szülőágyon. Előbbit csak egy anya kifogásolta. Az újszülöttel kapcsolatos folyamatos tájékoztatás hiányát többen is megállapították, de csak ketten nehezményezték, a többieknek elegendő volt a tény, hogy rendben megszületett a gyermek.

A vajúdás és a szülés időtartama szintén sarkalatos kérdésnek bizonyult. Az elhúzódó vajúdás a természetes szülést pártolók körében is negatív érzéseket keltett, ha pedig maga a szülés húzódott el, az kifejezetten kétségbeesést szült. Bár a nők fele úgy nyilatkozott, hogy nincs jelentősége annak, hogy a vajúdás és a szülés gyorsan vagy lassan zajlik le, a lényeg, hogy a magzat jól legyen, mégis csupán egyetlen nő írta le elhúzódó vajúdását pozitív kifejezésekkel. A leggyakoribb érzélem a türelmetlenség és az elbizonytalanodás volt, ritkábban az aggodalom.

A császármetszést az így szülő nők közül többen a szülés kifejezéseivel írták le, megélt élményként, illetve olyan magyarázó attitűdöket fogalmazott meg, amelyek saját maguk számára igyekeztek „valódi” szülésként értelmezni a császármetszést: *„a császár után hozták oda az arcomhoz. Csodálatos volt, hogy őt én szültem meg”* (KC2). Önmagában tehát a szülés e módja általában nem befolyásolta a szülés pozitív vagy negatív megélését.

A gyermekágy

A 24 órás rooming-in rendszert sokak szerint nem a szükségleteknek megfelelően, hanem erőltetett módon alkalmazzák, amit egy jó elmélet rossz gyakorlataként írtak le. A szülésélményt összességében erősen és negatív irányba befolyásolta a kórházi gyermekágyi időszak. Igen csekély kivétellel az anyák tökéletesen elhagyatva érezték magukat, a személyzettől nemhogy segítséget nem kaptak, de kifejezetten elutasító magatartással találkoztak mind a szoptatással, mind az újszülött ápolásával kapcsolatban, amit a szülésélmény egészében értelmeztek. Hasonlóképpen nehezen élték meg igen sokan (29 fő) az első hathetes gyermekágyat az otthoni környezetben, aminek oka a felkészületlenség, az ismeretek hiánya, a szoptatási nehézségek, a fizikai és lelki kimerültség és a magány volt. Többen megfogalmazták, hogy a várandósgondozás és a szülésről folyó diskurzus semmilyen jelentőséget nem tulajdonít a gyermekágyi időszaknak, erre az életeseményre egyáltalán nem készülnek fel az anyák, s – a védőnői szolgálat sok esetben hathatós segítsége ellenére – számtalan kérdéssel nem tudják a nők, hová fordulhatnak („tejláz”,

mellgyulladás, fájdalmak megengedett erőssége, szoptatási nehézségek,¹⁶ újszülött-ápolási kérdések, stb.).

Értelmezés, következmények

A szülést felölelő életszakasz összetett tapasztalatait és hatásait összetett módon értelmezték interjúalanyaink. Egyértelműnek tűnik, hogy nem a beavatkozások száma és az orvos szülés alatti viselkedése határozta meg a szülés élményét elsősorban, s mégcsak nem is a szülés módja, mert függetlenül attól, hogy az anya hüvelyi úton vagy császármetszéssel szült, utólag többnyire pozitívan értékelték a szülést, s kevesen nyilatkoztak úgy, hogy legközelebb másként tennének valamit. Nagyobb jelentőségűnek tűnik a szülésélményben a szülésznő támogató (vagy nem támogató) attitűdje, a társas támasz megléte (vagy meg nem léte), a vajúdás és a szülés hossza, s az előzetes elvárásoknak való megfelelés. Utóbbi azonban nem egyvonalú, mert az elvárások összetettsége („legyen természetes szülés, az orvos adja meg a biztonságot, legyen jó a babának is, meg nekem is” (KB10) lehetővé teszi az utólagos igazolásokat. A népszerű szülésirodalmon és az egészségügyi irányításban szocializálódott anyák számára az elvárások viszonylag általánosak (kevés a mélyebb ismeret és pontos elvárás), ennek megfelelően szülésélményük értelmezése is ezen kereteken belül igazodik. Interjúalanyaink a további gyermek vállalásának vagy nem vállalásának okát sem a szülésélményükhöz kötötték, hanem külső tényezőkhöz, illetve a várandósság és a gyermekágy nehézségeihez, függetlenül a szülés megélésétől. Ez alól csak azok az esetek jelentettek kivételt (kutatásunkban két alkalommal), amikor a *pontosan* megfogalmazott elvárások és vágyak nem találkoztak a valósággal, s a szülő nő úgy érezte, semmiféle kontrollt nem tudott tartani a történések felett. Az eredmények értelmezésénél újra hangsúlyozni kell azonban, hogy a minta nem általánosítható, hiszen a többség fogadott orvosnál szült, s társadalmi réteghelyzetükből adódóan több szinten is volt választási lehetőségük, ugyanakkor azt is érdemes szem előtt tartani, hogy éppen ez az a réteg, akik számára elérhető a szülészet kritikai szakirodalmá, megismerhető és választható a szülés módja, mégsem jellemző, hogy éljenek ezzel a lehetőséggel.

Irodalomjegyzék

- Baker, S. R., Choi, Precilla, Y. L., Henshaw, C. A., & Tree, J. (2005). I felt as though I'd been in jail": Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology*, 15 (3), 315-342.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12 (1). 11-15.
- Bóné V., & Biró E. (2015). „Ha összetartoztunk testileg, tartozunk össze lelkileg is”. Az apás szülést választó párok motivációinak elemzése. In Kisdí Barbara (szerk.), *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (pp.339-363). Budapest: L'Harmattan.
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). The emotional journey of labour – Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*. 30 (3), 371-377.
- Farkasné Szódy J. (szerk.) (1999). *Születéskalauz*. Budapest: MÉRCE Egyesület.

¹⁶ A szoptatást segítő La Leche Liga létezéséről például igen keveseknek volt tudomása.

- Hanák K. (szerk.) (1988). *Társadalmi változások – életfordulók*. 1. köt. Terhesség – Szülés – Születés. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.
- Hanák K. (szerk.) (1991). *Társadalmi változások életfordulók*. 2. köt. Gyerekvárás, szülés születés. Budapest: Dél-pesti ÉSZKV.
- Héjja-Nagy K. (2014). *A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében*. [Szakdolgozat]. Budapest: ELTE PPK Affektív Pszichológia Tanszék,.
- Héjja-Nagy K. (2015). A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi Barbara (szerk.), *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (pp. 315-338). Budapest: L'Harmattan.
- Kende A. (2001). Szülészetről szubjektíven. In Velkei Éva, & Szódy Judit (szerk.), *Születéskalauz* (pp. 204-209). Budapest: MÉRCE.
- Kisdi B. (2013). *Mint a földbe hullott mag. Otthon szülés Magyarországon – egy antropológiai vizsgálat tanulságai*. Pécs; Budapest: PTE Néprajz-Kulturális Antropológia Tanszék; MTA BTK Néprajztudományi Tanszék; L'Harmattan; Könyvpont.
- Kitzinger, S. (2008). *A szülés árnyékában. Katarzisz vagy krízis?* Budapest: Alternatal.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009) Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25 (2), 49-59.
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15 (1), 40-46.
- Losonczi Á. (2009). A legnagyobb életforduló: gyermekvárás, szülés, születés. In Losonczi Ágnes: *Az ember ideje* (pp. 167-240). Budapest: Holnap.
- Lundgren, I., Karlsdóttir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4 (2), 115-128.
- Pikó B. (2012). Az orvosi antropológia és az orvosi szociológia. In Lázár Imre, & Pikó Bettina (szerk.), *Orvosi antropológia* (pp. 20-26). Budapest: Medicina.
- Suhai-Hodász G. (2000). *Nemcsak gyermek születik... - a szülés körüli élmények összehasonlító vizsgálata*. [Szakdolgozat]. Budapest: ELTE BTK Kísérleti Pszichológia Tanszék.
- Varga K., & Diószeghy Cs. (2001). *Hűtésbefizetés – avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest: Pólya.
- Varga K., & Suhai-Hodász G. (2002). *Szülés és születés – Lélektanon innen és túl*. Budapest: Pólya.
- Varró G. (2015). Így szülünk mi – szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon. In Kisdi Barbara (szerk.), *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (pp. 185-203). Budapest: L'Harmattan.
- Waldenström, U., Borg, I-M., Olsson, B., Sköld, M. & Wall, S. (1996) The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth*, 23 (3), 144-153.
- World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2 (8452), 436-437.