

Szülészeti erőszak az anyai szülésnarratívákban: A szülészeti erőszak szociológiai értelmezése

Hajdu Hanna

PPKE BTK Szociológiai Intézet, BA-hallgató

Obstetric Violence in Maternal Birth Narratives: A Sociological Interpretation of Obstetric Violence.

Abstract: This study examines obstetric violence in Hungary, with particular attention to the subjective experience of childbirth and its long-term consequences. It presents the concept of the phenomenon, its different forms, and its legal aspects. It points to the hierarchical structure of the obstetric care system and the over-medicalisation of the birth process, which contribute to the emergence of obstetric violence. The research explores the problem and the structural deficiencies of the care system through maternal birth experience reports and expert interviews. The study is a shortened version of the author's paper presented at the 37th National Student Research Conference.

Absztrakt

Jelen tanulmány a szülészeti erőszak magyarországi helyzetét vizsgálja, különös tekintettel a szülés szubjektív megélésére és annak hosszú távú következményeire. Bemutatja a jelenség fogalmát, megnyilvánulási formáit és jogi aspektusait. Rámutat a szülészeti ellátórendszer hierarchikus struktúrájára és a szülés folyamatának túlzott medikalizációjára, amelyek hozzájárulnak a szülészeti erőszak kialakulásához. A kutatás anyai szülésélmény-beszámolók és szakértői interjúk alapján tárja fel a problémát, valamint az ellátórendszer strukturális hiányosságait. A tanulmány a szerző 37. Országos Tudományos Diákköri Konferencián bemutatott dolgozatának rövidített változata.

I. Bevezetés: a szülés és születés szubjektív tapasztalata

Vannak, akik mindössze biopszichológiai folyamatként tekintenek a szülésre, pedig az adott társadalomban jellemző szülemód alapvetően „a kultúra alapértékeit és emberi viszonyrendszereit tükrözi vissza” (Kisdi, 2019, 74). A szülés tehát nem csupán fiziológiai és pszichológiai esemény, hanem komplex társadalmi és kulturális jelenség is, amely mélyen beágyazott az adott közösség normáiba és értékrendjébe (Kisdi, 2015; 2019).

A szülés folyamatának és élményének átélése nem érint mindenkit, a *születés* azonban igen, hiszen mindannyian megszülettünk. A szülés és születés *koherens folyamatának*¹ (Héjja-Nagy & Varga, 2017, 1) hatásai akár évtizedekkel később is tapasztalhatók, ám gyakran rejtve maradnak (Varga, 2019). Kutatások igazolják, hogy a szülés és születés rövid és hosszú távon fizikai és pszichológiai hatással van az anya és a gyermek életére.

¹ Héjja-Nagy Katalin és Varga Katalin (2017, 1) úgy írja le a szülést és a születést, mint „szorosan összefüggő, egymástól elválaszthatatlan” folyamatot.

2. A szülésélmény befolyásoló tényezői és hosszú távú hatásai

A szülés olyan szubjektív, összetett fiziológiai és pszichológiai életesemény,² amelyet társadalmi, környezeti, szervezeti és politikai tényezők befolyásolnak (Larkin et al., 2009, 49). Tudományos vizsgálata részben azért maradt periférián, mert sokrétű és nehezen verbalizálható tapasztalatról van szó (Kisdi, 2016, 321; Székely & Csabai, 2017, 42). A pozitív és negatív szülésélmény az anyák beszámolóí alapján feltárható.

A pozitív szülésélmény pusztán biológiai szempontból leírható azzal, hogy az anya nem próbálja meg tudatosan befolyásolni a folyamatot, illetve annak során senki sem irányítja őt, hanem csakis befelé, a testi-lelki működésére figyelve hagyja annak természetes módon történő végbemenetelét (Héjja-Nagy & Varga, 2017). A szülés tehát alapvetően lehetőséget ad a pozitív élményként való megélésre, ám mivel összetett, nem vizsgálható kizárólag biológiai folyamatként.

Az élményt befolyásoló tényező lehet a vajúdás és a szülés hossza, az előzetes elvárások teljesülése, a szülésznő támogatása és érzékenysége az anya igényei és vágyai iránt, a fájdalom mértéke, a szülés folyamatába való bevonódás, az orvosi beavatkozások alkalmazása (Waldenström et al., 1996), a fájdalomcsillapítás módja, a megfelelő tájékoztatás, valamint a kontroll és a döntéshozatal lehetősége is (Lavender et al., 1999).

Héjja-Nagy Katalin (2015) a negatív szülésélmények elemzésekor arra jutott, hogy a különböző beavatkozások (különösen a császármetszés) és a társas támasz hiánya kedvezőtlenül befolyásolja a szülésélményt. Ezért kiemelt jelentőségű a biztonságos, intim és nyugodt környezet, valamint az empátikus társas támogatás,³ amelyek igazoltan hozzájárulhatnak a pozitív szülésélményhez (Héjja-Nagy, 2020, 59).

A szülésélmény szempontjából lényeges, hogy a szülést támogató szakemberek olyan aktív⁴ folyamatnak tekintsek a szülést, „amelyben az édesanyának fontos szerepe van, és ezt ő maga is így érezze” (Héjja-Nagy & Varga, 2017, 294). Érzelmi aspektusból meghatározó tényező az egészségügyi szakszemélyzet hozzáállása és segítőkészsége (Lundgren et al., 2009; Karlström et al., 2015), illetve az informált döntés lehetősége. Ha a szülő nő tisztában van azzal, mi és miért történik vele, biztonságban, nyugodtan és bizalommal élheti meg a szülést, tudva, hogy a beleegyezése nélkül semmi sem történik (Héjja-Nagy, 2020, 60). Ennek elengedhetetlen feltétele a konszenzuson alapuló döntéshozatal, valamint a beavatkozás előnyeiről és hátrányairól való megfelelő tájékoztatás, hiszen ezek nagyobb jelentőséggel bírnak az anyák számára, mint maga a beavatkozás (Héjja-Nagy, 2015, 326). A szülés élménye tehát elsősorban nem a szülés módjától

² Szubjektív, hiszen a szülés különleges, személyes élmény, amelynek összetettsége a többrétegű, multidimenzionális jellegéből fakad, illetve életesemény, mivel általában nagy jelentőséggel bír egy nő életében (Larkin et al., 2009, 49).

³ Támogató társ, aki nem az egészségügyi személyzet része. A női támogatás pedig kifejezetten pozitív hatással járhat (Héjja-Nagy, 2020, 59).

⁴ Aktív szülés az, amikor „a szülő nőt semmilyen fizikai és pszichés megnyilvánulásában nem korlátozzák” (Kisdi, 2012, 26).

függ, hanem sokkal inkább a támogatás, a megerősítés és a tájékoztatás meglététől (vagy hiányától), illetve a szüléssel kapcsolatos döntésekbe való bevonódástól – attól, hogy a szülő nő mennyire érzi saját kontrollját a teste és a szülés felett, illetve mennyire tekinti magát kompetensnek ebben a helyzetben.

A szülés pozitív vagy negatív megélése kihat az anya és a gyermek kapcsolatára (Kitzinger, 2008; Héjja-Nagy, 2020), fizikai és mentális egészségére, a későbbi kapcsolataik minőségére, a kötődéseik stílusára és a gyermek fejlődésére is (Varga, 2019). Emellett jelentősen befolyásolhatja az anya anyasággal, valamint önmagával mint sikeres nővel kapcsolatos érzéseit, és a pozitív szülésélmény évekkel később is kedvező hatással lehet az anya önbizalmára és az anyai attitűdjére (Simkin, 1991; Lundgren et al., 2009, idézi Héjja-Nagy, 2020, 61). A szülés során közreműködő szakemberek (szülész-orvosok, szülésznők, dülák) egyetértenek abban, hogy a pozitív szülésélmény alapvető fontosságú a zavartalan gyermekágyi időszakhoz és az anyai gondoskodás akadálytalan megvalósulásához (Héjja-Nagy & Varga, 2017).

Rosita Cortizo és Kate McMaugh (2023) klinikai szakpszichológusok kifejtik, annak ellenére, hogy a nők nagy gyakorisággal számolnak be *traumatikus szülésélményről*, illetve hogy annak széles körű és hosszán tartó hatásai lehetnek, a szülési traumát kevésbé ismerik fel, gyakran figyelmen kívül hagyják, vagy nem kezelik megfelelően. Bizonyos kutatások szerint a nők 20–48%-a számol be traumaként megélt szülésről vizsgálzerte (Simpson & Catling, 2016, idézi Cortizo & McMaugh, 2023). A negatívan megélt szülésélmények kedvezőtlen hatással lehetnek a későbbi gyermekvállalásra, továbbá a szülés utáni depresszió és a poszttraumás stressz-szindróma előfordulásának valószínűsége is gyakoribb (Kitzinger, 2008). Ezek a mentális betegségek kedvezőtlenül befolyásolják a korai anya-gyermek kapcsolatot, csökkentve az anya érzelmi reakciókészségét és az anyai gondoskodás színvonalát (Kitzinger, 2008; Molnár, 2015, idézi Héjja-Nagy, 2020, 62).

3. Szülészeti erőszak

Bizonyos szülésélmények etikai és jogi kérdéseket is felvetnek (Dömötör, 2022; Tari, 2020), ami indokolttá tette a *szülészeti erőszak* kifejezés bevezetését a kritikai szakirodalomban (Jardim & Modena, 2018).⁵ A témával elsősorban a nőjogi mozgalmak és szervezetek foglalkoznak.⁶

A szülészeti erőszak hazai helyzetének feltérképezése érdekében két szakértői interjút készítettem Sárdi Annamária szociológussal, aki dülaként is tevékenykedik, és aki jelenleg az EMMA Egyesület (továbbiakban EMMA) humanitárius programjának

⁵ A magyar szakirodalomban lásd például Székely, 2016; 2018; Csányi & Kerényi, 2021.

⁶ Lásd például Másállapotot a szülészetben! mozgalom, EMMA Egyesület, Társaság a Szabadságjogokért (TASZ), Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület (NANE), Patriarchátust Ellenzők Társasága (PA-TENT Egyesület), Magyar Női Érdekérvényesítő Szövetség.

koordinátora, valamint Keszler Viktóriával, a Másállapotot a szülészetben! mozgalom (továbbiakban Másállapot) egyik alapítójával.⁷ Az interjúk során a jelenlegi szülészeti ellátórendszeréről és a szülészeti erőszakról alkotott véleményüket és tapasztalataikat vizsgáltam.

3.1. A szülészeti erőszak fogalma és létjogosultsága

Garai Mixi baba és szülészeti aktivista 2016. május 18-án tartott előadást „Szülészeti erőszak és kommunikációs bázisa” címmel a Magyar Szociológiai Társaság konferenciáján, amelyben a következő módon definiálta a szülészeti erőszakot:

„Minden olyan beavatkozás és bánásmód, mely a szülő nő beleegyezése (gyakran tudta) nélkül, illetve akarata ellenére történik vele vagy újszülöttjével, a szülészeti ellátás bármely szakaszában, ideértve a várandósgondozást, a szülés folyamatát és a gyermekágyas időszakot is. Az emberi méltóság, a betegjogok, a szülő nő önrendelkezési jogának megsértése hatalmi pozícióból.” (Garai, 2016)

A szülészeti erőszak (*obstetric violence*) kifejezés a 2000-es évek elején kezdett megjelenni nemzetközi szinten. Az egyik mérföldkő az volt, amikor 2007-ben Venezuelában elfogadtak egy, a nők elleni erőszak megelőzéséről és felszámolásáról szóló törvényt (República Bolivariana de Venezuela, 2007), amely elsőként tartalmazta a szülészeti erőszak fogalmát, ezzel hivatalosan is elismerve a problémát. Később a nemzetközi szervezetek – köztük az Egészségügyi Világszervezet (WHO) – is egyre hangsúlyosabban foglalkoztak a kérdéssel. A WHO (2014) nyilatkozata nemzetközi kutatások alapján megállapítja, hogy az egészségügyi intézményekben szülő nők világszerte gyakran tapasztalnak tiszteletlen és durva bánásmódot, amelyet elítél, és sürgeti annak megszüntetését. Egy, az Egyesült Nemzetek Szervezete által kiadott jelentés szerint a szülészeti erőszak széles körben elterjedt és rendszerszintű jelenség, ugyanakkor az előfordulásáról továbbra is kevés hivatalos adat áll rendelkezésre (Šimonović, 2019). Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlésének (Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 2019) *Obstetrical and gynaecological violence* című jelentése kiemeli, hogy a szülészeti erőszak sokáig rejtve maradt, és napjainkban is gyakran figyelmen kívül hagyják.

Sárdi úgy véli, a szülészeti erőszak társadalomtudományi vizsgálata azért is fontos, mert továbbra sincs elegendő társadalmi párbeszéd arról, mi történik a nőkkel a szülés során. Úgy fogalmazott, „*nagyon kevésbé látható jelenségről van szó*”, melynek hatására a nők nehezebben boldogulhatnak az anyaság szerepében, mindez „egy vagy sok rendszerhiba miatt”. Keszler szerint a szülés a női jogokkal és a feminizmussal foglalkozó szervezetek körében azért sem központi téma, mivel „*ez a női létnek csak egy szelete*”. Sárdi hangsúlyozta, hogy ezt a „*láthatatlan megélést*” be kell emelni a társadalmi diskurzusba:

⁷ Ezúton is szeretném megköszönni nekik a szakmai támogatást.

*„Maguk a női témák nagyon kevésbé artikulálódnak, vagy hallják meg azokat a döntéshozók, de még a feminista szervezetek sem egyértelműen karolják fel. [...] A feminista megközelítésben jól vannak artikulálva a reprodukció azon területei, amelyek a nők döntési autonómiáját támo-
gatják, például a fogamzásgátlás, sürgősségi tabletta vagy terhességmegszakítás esetében. Tehát, amikor egy nő nem szeretne gyermeket vállalni. Azonban kevés figyelmet kapnak azok a nők és női megélések (például szülészeti erőszak), akik igent mondanak az anyaságra.”*

A szakértők egyetértenek abban, hogy Magyarországon elsősorban a civil szervezetek tesznek a probléma láthatóvá tétele és megoldása érdekében. Kifejezetten a szülészeti erőszak megszüntetésére irányuló kezdeményezésről – amelyet nem alulról, a civilek szervezetek – nem tudnak (Sárdi; Keszler). Csányi Gergely és Kerényi Szabina (2021, 44) szociológusok úgy látják, a politikai szféra fókuszában a szülés mennyiségi szempontja áll, míg a szülészeti ellátás minősége háttérbe szorul.

Az Emberi Erőforrások Minisztériumának (2019) irányelve 2022 novemberében hatályát veszítette, és azóta sem készült új. A lejárát előtt a Másállapot jelezte, hogy a szakértőikkel szívesen részt vennének annak frissítésében. A megkeresésükre adott válaszlevélben arról tájékoztatták őket, hogy szívesen látják őket, ám további egyeztetésre nem került sor. Keszler a részvételük sikertelenségét részben az illetékes döntéshozók elérhetetlenségével magyarázza, valamint problémásnak tartja, hogy a szülészeti ellátásban érintett nők, illetve az őket képviselő csoportok és szakemberek egyre inkább háttérbe szorulnak a szülészeti ellátással kapcsolatos döntéshozatal során. Úgy látja továbbá, hiába vannak rendszerszintű kezdeményezések és törekvések, központi felügyelet hiányában *„mindenki azt csinál, amit akar”*.

Sárdi áttörhetetlen falként írta le a civil szervezetek és a nők, valamint az egészségügyi szakemberek és a döntéshozók közötti szakadékot. Leginkább egyéni megmozdulásokról tud, amikor egy-egy szakember mikroközösséget kialakítva viszi tovább ezt a szemléletet. Keszler szintén egyfajta szakmai és közönségi körforgást tapasztal a szakmai beszélgetések és egyeztetések terén. Ez arra enged következtetni, hogy a probléma, annak jelentősége, valamint az azt érintő változásokat támogató és sürgető kezdeményezések nem lépnek túl egy adott szakmai közeg határán. Mindkét szakértő úgy érzi, az egészségügyi rendszer és az illetékes döntéshozók részéről eddig még nem történt valódi változás, ami Sárdi szerint az önreflexió hiányára vezethető vissza. Keszler szerint azonban hiába válik egyre ismertebbé a jelenség, ha egyik szakember sem vállalja érte a felelősséget, ami szintén az önreflexió hiányára utal.

Sárdi szerint a Másállapot sokat tett azért, hogy a jelenség ismertté váljon és nevet kapjon, azzal, hogy *„kihangozította a nők hangját és nevén nevezte”* a problémát. A mozgalom a korábban egymástól izolált történetek összegyűjtésével láthatóvá tette a szülészeti erőszakot, ezzel felhívva a figyelmet a rendszerszintű problémára. A Másállapot közösségimédia-oldala lehetőséget és teret biztosít a nők számára, hogy megosszák saját szülésélményeiket, amelyekben különböző formákban jelenik meg a szülészeti erőszak, és amelyek egyértelművé tették, hogy az nem csupán egyedi esetek sorozata. Az EMMA

Vonalon keresztül is számtalan nő keresi fel az Egyesületet mentális rosszulléttel, amelynek hátterében gyakran feldolgozatlan szülésélmény áll.

„Már a kezdeti időszakban is ömlöttek ezek a nehéz szüléstörténetek a vonalon, aztán a COVID-19 járvány alatt már párkapcsolati erőszakkal is keresték a vonalat, de a szülészeti erőszak megmaradt. A nők folyamatosan ismétlik ezeket a történeteket a vonalon, hogy mi történt velük és hogyan lettek szülészeti erőszak elszenvedői” (Sárdi).

A Másállapot 2016 márciusában vonult először nyilvánosság elé egy utcai demonstráció keretében. Az esemény célja az volt, hogy valódi, pozitív változásokat követeljen a magyar szülészeti rendszerben, amely a szervezet álláspontja szerint a jelenlegi formájában sem az anyák, sem a szakemberek, sem a születendő gyermekek számára nem megfelelő. Évekkel később, 2021-ben, majd 2022-ben is szerveztek demonstrációt, mivel szerintük továbbra sem történtek elegendő és érdemi változások. A 2021-es *NŐ a hangunk!* – közös kiállítás a szülészeti ellátás változásáért projekt⁸ keretében több száz történetet gyűjtöttek össze, amelyekben anyák, apák és kórházi dolgozók írták le a szülészeti ellátás során szerzett megrázó, negatív tapasztalataikat.

A szülészeti erőszakot a nőjogi szervezetek a strukturális, intézményi erőszak egyik formájaként írják le, amely Garai (2016) szerint „már annyira természetes, mint a levegővétel”. Mint arra a téma jogi aspektusait elemző Dömötör Dóra (2022, 15) rámutat, az erőszak típusából adódóan az abúzust egy adott intézményrendszeren belül hatalmi szerepben lévők követik el, ami hozzájárul a feltárás nehézségéhez. Egy, az Európai Parlament által kiadott tanulmány kijelenti, a káros gyakorlatok strukturális jellegük miatt tekinthetők erőszakosnak, vagyis olyan szervezeti környezet eredményei, amely elősegíti az erőszakos és bántalmazó magatartásformák kialakulását és fenntartását az egészségügyi intézményekben (Brunello et al., 2024).

A szülészeti erőszak tehát a nemi alapú⁹ és az intézményi erőszak¹⁰ metszéspontjában értelmezhető jelenség, ami egészségügyi intézményekben jelenik meg. Székely Zsófia pszichológus szerint a szülészeti ellátásban széles körben elterjedt a hatalmi egyenlőtlenség, amely az önrendelkezés teljes megvonásában, gyakran pedig szülészeti erőszakban csúcsosodik ki, amikor

„a vajúdó 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 így megerősíti a »szülés közben elszenvedett nemi erőszak« fogalmának létjogosultságát, egyben lehetőséget ad egy alternatív, formálisabb kifejezés használatára is” (Székely, 2018).

⁸ Lásd <https://masallapotot.hu/2021/11/28/no-a-hangunk-vartunkeleget-masallapotot-rendszerterhe/>.

⁹ Ugyanis egy bizonyos nemhez tartozó személyeket aránytalanul nagy mértékben érint.

¹⁰ A fennálló intézményeken belüli strukturális hatalmi egyenlőtlenségekben gyökerezik.

3.2. Szülészeti hierarchia és a túlzott medikalizáció

Sárdi és Keszler a szülészeti erőszak kialakulását lehetővé tevő tényezők között elsősorban a szülészeti ellátás *túlzott medikalizációját*, illetve a rendszer *hierarchikus strukturáltságát* említik. Ebből adódik a beavatkozások magas aránya,¹¹ a szülés lelki oldalának negligálása, a szülési folyamatok sürgetése, a nem megfelelő kommunikáció vagy annak teljes hiánya, valamint a szülő nő alárendelt *beteg* szerepben való kezelése.

A terhesség és a szülés medikalizálásának „hála” ez a korábban természetes életszakasz mára orvosi kontroll alá tartozó egészségügyi folyamattá vált (Bánfalvi, 2009; Kisdi, 2012; Tari, 2020). A *modern szüléskultúra* a medikalizált születeket foglalja magában, amelyek orvosi intézmények és a formális társadalmi ellenőrzés hatáskörébe kerültek (Kisdi, 2012). A szülés orvostudományi területté válásával együtt megjelent a patologizáló szemlélet, és a szülő nő az orvosi szaknyelv közegébe került. Garai (2016) szerint a latin kifejezések és rövidítések gyakori használata megnehezíti, hogy a szülő nő megértse, mi történik vele. A terhes nő passzív pácienssé vált, míg az orvos technikai eszközök révén olyan tudás birtokában van, amely a nő számára elérhetetlen és érthetetlen, ami egyenlőtlen hatalmi viszonyokhoz vezetett (Bánfalvi, 2009, 27). A kórházi születek során gyakran az orvos indítja be a folyamatot,¹² és irányítja azt (Garai, 2016).

Keszler az interjú során kitért arra, hogy a szülészeti ellátórendszer egyik fő kivételét abban látja, hogy az orvosokon kívüli szakemberek egy olyan paternalista és hierarchikus közegben dolgoznak, amelyben az alulfizettség és a létszámhiány mellett a szülészeti erőszak fogalmához köthető bántalmazási formák (például méltatlan bánásmód, kiszolgáltatottság) áldozatául is esnek. A szülés alatt nemcsak a szülő nő, de a szülésznő is alárendelt helyzetben van a szülészorvossal szemben (Székely & Csabai, 2018) – aki jellemzően férfi. Fontos tényező továbbá, hogy a szülészeti ellátást érintő döntéshozók között sincsenek nők, így a döntéshozatalból nagyrészt hiányzik a tapasztalati, női tudás.

3.3. A szülészeti erőszak megnyilvánulási formái

A korábban említett, az Európai Parlament által kiadott tanulmány (Brunello et al., 2024) szerint szülészeti (és nőgyógyászati) erőszaknak számít többek között:

- minden pszichológiai, fizikai és szexuális bántalmazás, beleértve a megalázó viselkedést is;
- a kényszerítés, így a mozgás korlátozása vagy a szülési pozíció megválasztásának megtagadása;
- az orvosi vizsgálat céljából történő, nem önkéntes hüvelyi vagy rektális behatolás;
- a megkülönböztetés, elhanyagolás és nem méltó bánásmód;

¹¹ Mivel nincs hivatalos, részletes és hozzáférhető statisztika, lásd az *Ablak a világra – szülészeti adatbázis* adatait (például országos összesítés 2011–2024 és 2020–2023, lásd Pleván, é. n.).

¹² Valamilyen orvosi beavatkozással (Garai, 2016).

- a szóbeli bántalmazás (például a személyzet nem megfelelő megjegyzései vagy a hangnemek felemelése);
- minden kényszerített vagy beleegyezés nélkül végzett orvosi vizsgálat és beavatkozás;¹³
- az orvosilag nem szükséges (és káros) eljárások, mint például a szülés rutinszerű – gyakran indokolatlan és erőszakos – megindítása, a rutinszerű császármetszés vagy az episiotomia (gátmetszés);
- a nem bizonyítékokon alapuló orvosi gyakorlatok (mint például a Kristeller-műfogás, avagy „hasba könyöklés”);
- az ellátás megtagadása vagy késleltetése, ideértve a fájdalomcsillapító gyógyszeres kezelés késleltetését vagy megtagadását;
- az információ visszatartása, a kapcsolattartás korlátozása; valamint
- a választott kísérő személy jelenlétének megtagadása.

Az úgynevezett *férjöltés* vagy *vőlegényvarrat* is a szülészeti erőszak egyik formája – „nem ritkán explicit módon kikacsintva a férjre, jelezve, hogy a varrásnál az ő szempontjainak kedveznek” (Csányi & Kerényi, 2021, 38).¹⁴

A Másállapot értelmezése szerint – az előzőekben felsoroltakon túl – a szülészeti erőszak megnyilvánulási formái lehetnek még: a nő szükségleteinek vagy fájdalmának figyelmen kívül hagyása; a diszkrimináció, az intézmény elhagyásának akadályozása; az indokolatlanul elvégzett szülésgyorsítás vagy a durva, erőszakos vizsgálat (például kézzel végzett méhszájtágítás); továbbá az indokolatlan szeparáció is. A mozgalom, valamint a korábban említett venezuelai törvény (2007) egyaránt úgy tekinti, hogy a szülészeti erőszak magában foglalja a szülés természetes fiziológiai folyamatának kóros eseménnyé alakítását is.

A rutinszerű beavatkozások (mint az oxitocin alkalmazása, a burokrepesztés, a gátmetszés vagy a méhszáj kézzel való tágítása) a WHO 1985-ös ajánlása szerint is kifejezetten károsak lehetnek. A WHO (2015) császármetszési arányokról szóló nyilatkozata szerint az életmentő császármetszések arányának 10–15% körül kellene lennie, ezzel szemben ez Magyarországon 2023-ban 40,86%¹⁵ volt.¹⁶ Ahogyan arra a Másállapot rámutat, a WHO (2015) ajánlásában szereplő arányt meghaladó császármetszési gyakoriság már nem az anyai és magzati halálozás csökkenéséhez járul hozzá, hanem inkább a komplikációk növekedéséhez, valamint a szülés teljes orvosi kontrolljához.

¹³ Az említett tanulmány nem használja a tájékozott beleegyezés fogalmát, ami nem a legcélszerűbb, hiszen a megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés és az informált döntéshozatal kiemelkedően fontos a szülészeti erőszak vizsgálatakor.

¹⁴ Lásd például Kajlik Eszter kisfilmjét a „férjöltés”-ről: *Még egyet apuka kedvéért / Another one for daddy*.

¹⁵ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya adatai alapján.

¹⁶ Ami természetesen magában foglalja a nem életmentő, hanem valódi egészségügyi kockázatot jelentő okok miatti preventív császármetszéseket is, de ez a különbség nem magyarázható orvosi indokokkal.

3.4. A szülészeti erőszak jogi aspektusa

A WHO 2014-es nyilatkozata kimondja, hogy a szülészeti erőszak „nemcsak a nők tiszteletteljes ellátáshoz való jogát sérti, hanem veszélyeztetheti az élethez, az egészséghez, a testi épséghez és a megkülönböztetéstől mentes bánásmódhoz való jogukat is”.

A „szülészeti jogok” a betegjogok speciális, a szülő nők helyzetéhez igazított értelmezését jelentik, amelyek részben jogszabályokon, részben ajánlásokon alapulnak. Ide tartozik például a szülés helyének megválasztásához való jog, valamint a szülészeti ellátás érzékeny jellegéből fakadó különleges elvárások. Bár a szülészeti jogok az általános betegjogokat kiegészítve értelmezhetők, bizonyos területeken – például az orvosválasztás kérdésében – korlátozottabban érvényesülnek (Jankó-Badó, 2022, 20).

Magyarországon a betegjogok alapvető szabályozását az 1997. évi CLIV., az egészségügyről szóló törvény (továbbiakban Eütv.) tartalmazza, melynek fő célja a betegek kiszolgáltatottságának csökkentése az egészségügyi intézményekkel szemben. Eszerint minden olyan személy, aki egészségügyi ellátásban részesül, beleértve a szülészeti ellátást is (Eütv. 3. § e)), betegnek számít (Eütv. 3. § a)), így a szülő nő a kórházba belépve betegjogi státuszba kerül, egészségi állapotától függetlenül, ami jogilag is rögzíti a szülés medikális szemléletét.

Dömötör Dóra (2022) jogi perspektívából vizsgálta a szülészeti erőszakot. Megalapítása szerint a Garai (2016) által meghatározott szülészeti erőszak során sérül az emberi méltósághoz való jog (Eütv. 10. §, amelyet az Alaptörvény II. cikke is szabályoz), az önrendelkezéshez való jog (Eütv. 15. §) és a tájékoztatáshoz való jog (Eütv. 13. §) is.

A szülészeti erőszak egyik megnyilvánulási formája a káros és indokolatlanul elvégzett beavatkozások sokasága, ugyanakkor „a szülő nő testi egészséghez való jogának legnagyobb fokú érvényesülését minden beavatkozás akadályozza, ezért is fontos, hogy kizárólag a szükséges beavatkozásokat végezzék el, mely az emberi méltósághoz való jogból ered” (Dömötör, 2022, 6). A tájékoztatás gyakran elmarad a szülészeti erőszak átélői esetében, noha az Eütv. 13. § értelmében a betegnek joga van ahhoz, hogy teljes körű tájékoztatást kapjon. „A beavatkozás csak a szülő nő beleegyezésével végezhető el, vagyis – elméletben – a szülő nő önrendelkezéshez való joga [Eütv. 15. §] befolyást gyakorolhat az alkalmazására, azt akár vissza is utasíthatja” (Dömötör, 2022, 7), az Eütv. 17. § (2) bekezdésében meghatározott keretek között. Az Eütv. 15. § (3) kimondja, a betegnek joga van a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben való részvételhez, valamint a megfelelő *tájékoztatáson alapuló beleegyezéshez*. A szülészeti erőszakot átélt nők gyakran számolnak be a kérésük vagy akaratuk ellenére végzett beavatkozásokról, valamint arról, hogy azokhoz előzetes – írásbeli vagy szóbeli – beleegyezésüket nem kérték. Egy 2018-as kutatásban részt vevő nők elmondták, számukra fontos, „hogy a szülészeti ellátás gyakorlatáról megfelelő információkat biztosítsanak a szakemberek [...] Kiemelték továbbá, hogy álláspontjuk szerint az egészségügyi szakemberek kötelesek az engedélyüket kérni, mielőtt olyan eljárást alkalmaznának, amely »zavarba ejtő« lehet számukra (például a hüvelyi vizsgálatok)” (Shakibazadeh et al., 2018, idézi Jankó-Badó, 2022, 48).

Az orvosi indok nélküli szeperáció a szülés után (amely szintén a szülészeti erőszak egyik formája) nemcsak az anya, de az újszülött érdekeit és jogait is sérti (Eütv. II. § [4] és [5]). Ez az eljárás befolyásolhatja a szoptatás időtartamát, az anya stresszkezelő képességét, gondoskodó hozzáállását, valamint a gyermekével való kötődésének kialakulását, megfosztva ezzel a nőket és újszülöttjeiket egy kiemelten fontos lehetőségtől (Garai, 2016).

Mind Sárdi, mind Keszler tapasztalatai szerint a kórházi személyzet rendszeresen megsérti a betegjogokat. Sárdi az Egyesületen keresztül azt tapasztalta, hogy több esetben sérült a tájékoztatáshoz való jog – amely kimondja, hogy a tájékoztatást teljeskörűen és egyéniesített formában kell megadni (Eütv. 13. § [1]) –, továbbá a méltósághoz való jog (Eütv. 10. §), a kapcsolattartási jog (Eütv. 11. §) és az önrendelkezési jog (Eütv. 15. §) is az egészségügyi intézményekben. Az EMMA munkatársai számtalanszor tapasztalták, hogy a mélyszegénységben élő, aluliskolázott nők számára latin szavakkal és értelmiségi szóhasználatkal közöltek őket érintő fontos információkat. Nőket dúlaként kísérve többször tanúi voltak a méltatlan bánásmódnak, továbbá a WHO (2018) által sem támogatott, káros és indokolatlan beavatkozások sorát, amelyeket gyakran a nők beleegyezése vagy tudta nélkül végeznek el. Tapasztalták az evés és ivás, valamint a szabad mozgás korlátozását, illetve a cserbenhagyást és a hatalommal való visszaélést is.

4. Kutatás

4.1. A kutatás célja, módszertana, megközelítésmódja és folyamata

A kutatás célja nem a jelenség igazolása, ugyanis arra – az érintettek által megélt, elmesélt és az online térben közzétett tapasztalatokon túl – a korábban már említett megmozdulások, civil szervezetek munkássága, valamint a mozgalmak, törvények, javaslatok, jelentések és definíciók létrejötte, illetve a különböző szakértők és szervezetek által publikált anyagok szolgálnak.

A kutatási folyamatot egy felhívással kezdtem, amelynek segítségével olyan édesanyákat kerestem, akik negatív szülésélménnyel rendelkeznek. A felhívásban olyan konkrét tapasztalatokat soroltam, amelyek a szülészeti erőszak egy-egy megnyilvánulási formájának felelnek meg. Szándékosan kerültem a *szülészeti erőszak* kifejezést, hogy a kutatás ne legyen preconcepcionális, illetve mert a fogalom definíciója nem elég közismert ahhoz, hogy kulcskifejezésként szerepeljen a felhívásban. A kutatási kérdéseim közé tartozott az is, hogy az interjúalanyok mennyire azonosulnak a szülészeti erőszak fogalmával saját magukra nézve, illetve hogy ismerik-e egyáltalán a kifejezést.

Fontos hangsúlyozni, hogy a negatív szülésélmény nem feltétlenül a szülészeti erőszak következménye, és a szülészeti erőszak átélése sem egyenlő a szubjektívan megélt negatív szülésélménnyel. Ugyanakkor a szülészeti erőszakként értelmezhető tapasztalatok negatív hatással lehetnek a szülésélményre. A *negatív szülésélmény* kifejezés

használatával azonban elszalasztottam annak a lehetőségét, hogy olyan nők is a mintába kerüljenek, akik ugyan – a fogalom definíciója szerint – szülészeti erőszakot éltek át, mégsem negatív szülésélményként, hanem inkább a szülés általános velejárójaként tekintenek rá.¹⁷

A kutatás során félig strukturált mélyinterjúkat készítettem nyitott interjúkérdésekkel. Azért választottam az interjútechnikát, mert annak célja a személyes tapasztalatok és érzések feltárása, s ezzel az interjúalany sokrétegű és összetett világának megértése (Kvale, 2005).

Habár a szülés folyamata, valamint annak megélése minden esetben egyedi és személyes (élet)esemény – hiszen ebben a megváltozott tudatállapotban¹⁸ átélt élménymintázat egyedülálló, így az mások, illetve gyakran a szülő nő számára is csak közvetett módon hozzáférhető (Székely & Csabai, 2017, 42) –, az interjúk során a megélés részleteinek és specifikumainak feltárásával hasonlóságokat kerestem az egyes történetek között. A kutatás arra irányult, hogy feltárja, a negatív szülésélményt megélt anyák szüléstörténetében jelen volt-e a szülészeti erőszak, és ha igen, annak mely összetevői hogyan formálták a szülésélményt, illetve milyen hatással volt az életükre.

A kutatás során tíz interjút készítettem olyan nőkkel, akik azonosultak a felhívásban leírtakkal.¹⁹ A beszélgetésekről hangfelvétel, majd szó szerinti szöveges átírás készült. Az anyagot összesítve dolgoztam fel, az etikai és módszertani előírásoknak megfelelően.

Az elemzés során igyekeztem az interjúalanyok által elmondottakat egységes egészként értelmezni, holisztikus megközelítést alkalmazva. Megállapításaim – mint a kvalitatív vizsgálatok esetében általában – csak az általam megkérdezettek körére vonatkoztatva bírnak magas érvényességgel, de nem általánosíthatók, a megbízhatóságuk azonban a kirajzolódó mintázatok fényében értelmezhető.

4.2. Interjúalanyok

A tíz interjúalany életkora 26 és 51 év közé tehető. Közülük kilencen 26–35 év közöttiek, egy édesanya pedig 51 éves. A szülések 2017 júniusa és 2024 áprilisa között zajlottak, melyek közül három 2021 előtt, hét pedig 2021. január 1. után történt.²⁰ Az interjúkban

¹⁷ Csányi és Kerényi (2021, 38) rámutatnak, hogy hosszú időn át uralkodott az a társadalmi konszenzus, miszerint a szüléshez törvényszerűen hozzátartoznak a rossz, gyakran megalázó élmények, amelyeket generációkon át továbbadtak. A két szociológus úgy véli, bizonyos – a szülészeti erőszak formái között megtalálható – eljárások és gyakorlatok mind gyakori elemei azoknak a történeteknek, amelyeket korábban nemcsak szükségesnek, de megkérdőjelezhetetlennek tekintettek a szülés folyamatában.

¹⁸ Lásd például Héjja-Nagy & Varga, 2017.

¹⁹ Ezúton is szeretném megköszönni a kutatásban résztvevő édesanyáknak, hogy megosztották velem a történetüket.

²⁰ Ennek azért van jelentősége, mert “2021. január 1-jén lépett érvénybe az egészségügyi szolgálatról szóló új [2020. évi C.] törvény, amelynek értelmében mind a hálapénz felajánlása, mind az elfogadása bünte-

a negatív szülésélmények száma összesen 11, és ebből tíz élve születéssel végződött. Mind a 11 negatív szülésélmény kórházhoz köthető. Öt édesanyának felsőfokú végzettsége van, egy abszolutóriumot szerzett, négyen középfokú végzettséggel, illetve minimum egy szakmával (többnyire OKJ) rendelkeznek. Foglalkozásukat tekintve sokszínűek: van köztük egy tanító; egy marketinggel, kettő vendéglátással foglalkozik; három valamilyen művészeti területen dolgozik; három pedig szülés körüli segítő. Két édesanya a negatív szülésélménye hatására pályát módosított és szülés körüli segítőként, valamint edukációs tartalomkészítőként kezdett dolgozni. Anyagi helyzetüket mindannyian úgy ítélik meg, hogy beosztással jól kijönnek, és nincsenek pénzügyi gondjaik.

Az interjúrészletek után az idézett interjúalany számára kitalált nevet használok, amelyet az anonimitás megőrzése érdekében rendelek hozzá.

4.3. Szülésélmény

Noha az interjúalanyok szüléstörténete – már csak a helyszínt, a körülményeket és az eseményeket tekintve – igencsak különbözők, számos hasonlóság fedezhető fel bennük, így elsősorban ezekre helyezem a hangsúlyt, kiemelve egy-egy eset sajátosságait.

Az interjúalanyok többsége előzetesen el akarta kerülni a császármetszést, illetve a lehető legtöbb beavatkozást. Mégis, az interjúk alapján elmondható, hogy szülésük módja, a beavatkozások megléte, valamint mennyisége önmagában nem járt negatív érzelmekkel, sokkal inkább azok körülményei (rossz bánásmód, valamint a figyelem, tájékoztatás, gyengédség és empátia hiánya) miatt élték meg azokat negatívan.

4.3.1. Első tapasztalatok a kórházban

Többen már a kórházban töltött első órában lekezelő, kioktató bánásmódot és/vagy figyelmetlenséget tapasztaltak. Az az édesanya, aki otthon tervezett szülni, de végül sürgősségi császármetszéssel került kórházba, az intézménybe érkezve lekezelő bánásmóddal szembesült, valamint egy kifogásolható beszédstílusú, idősebb férfi orvossal, aki kérdés és tájékoztatás nélkül vizsgálta meg őt, amit nagyon rosszul élt meg. Egy másik édesanya a kórházba érve úgy érezte: *„teljesen kikerült a kezem közül a kontroll, már onnantól kezdve, hogy bementünk”* (Janka).

4.3.2. Bevonódás és irányítás

Csupán hárman számoltak be arról, hogy valamennyire be tudtak vonódni saját szülésük folyamatába, ám az irányítást egyikőjük sem érezte magáénak. Egy ponton a legtöbben kontrollvesztést tapasztaltak. Nem mindenki tudott konkrét pillanatot megnevezni, de akik igen, azoknál ez többnyire a szülés mesterséges beindításához, egy-egy

tendőnek számít. A hálapénzben különösen érintett szülészetben mindez egyben azt is jelenti, hogy megszűnik a fogadott orvos intézménye a kórházakon belül, és a területi alapú ellátás érvényesül” (Csányi & Kerényi, 2021, 42).

esetben pedig a szintetikus oxitocin alkalmazásához vagy az epidurális érzéstelenítéshez kapcsolódott. Utóbbi esetében a kontrollvesztés élménye a mozgásképtelenségből fakadt. A mesterséges oxitocin adagolása minden esetben gyengítette a bevonódás és az önrendelkezés érzetét, mert a résztvevők úgy élték meg, hogy ettől kezdve kívülről irányítják a szülést.

Az egyik interjúalany úgy érezte, a kórházi eljárásrend miatt egy idő után elvesztette (elvették tőle) a teste és az események feletti irányítást, s amikor jelezte, hogy az őt ért bánásmód miatt inkább átmenne egy másik kórházba, az orvosok megtiltották neki, mondván már vajúdik és ennek következtében nincs beszámítható állapotban. Mivel azonban szülés körüli segítőként dolgozott, tudta, ez nem felel meg a valóságnak.

Többen arról is beszámoltak, hogy a folyamatos instrukciók – például arra vonatkozóan, mikor nyomjanak, merre forduljanak, vagy milyen testhelyzetet vegyenek fel – miatt nem élhették meg, hogy aktív szereplők lennének, illetve ők irányítanák a szülés menetét.

Egy másik édesanya szintén azt érezte, hogy a körülötte lévőket azt tesznek vele, amit csak akarnak, miközben olyan instrukciókat kapott, amelyek kellemetlenek voltak a számára, és a teste mást diktált volna: *„pedig én már a végén folyamatosan könyörögtem, hogy csak hadd guggoljak le és nyomjam ki magamból, de azt mondták, nem szabad, és visszatoltak az ágyra”* (Dalma). Elmondása szerint végig kívülállónak érezte magát.

A szabad mozgás hiányát hárman is rendkívül rosszul élték meg. Mindhármuknak olyan pozíciókat ajánlottak, amelyek sem kényelmesek, sem természetesek nem voltak. Az egyikük, aki vízben is szívesen vajúdott és szült volna, nagy öröme kádas szobát kapott, de eleinte – vágya és kérése ellenére – azt mondták neki, ez nem tenne jót a folyamatra nézve. Később a bekötött oxitocin miatt erre már nem volt lehetősége. Másikukra a testhelyzetek mellett olyan beavatkozást (kéjgáz) is ráerőltettek, amellyel nem értett egyet, és amelytől fizikailag rosszul lett.

Az egyik édesanyának megfelelő fájdalomcsillapítás nélkül kellett császármetszést átélnie. Többször jelezte, még érzi, amit csinálnak vele, de figyelmen kívül hagyták a fájdalmát: *„azt mondták, ezt biztosan nem érezhetem”* (Hilda), s így teljesen magára maradt. Szerette volna a lehető legpozitívabban megélni a szülést, miután a betegsége miatt nem támogatták a hüvelyi szülésre irányuló óhaját. Egy dúlai előadás hatására úgy vélte, ez „gyengéd császármetszéssel”, megfelelő körülmények között (például minimális szeparáció, késleltetett köldökzsinór-elvágás, azonnali bőrkontaktus, valamint szülés közbeni zenehallgatás mellett) lehetséges is lett volna, végül azonban borzasztó fájdalmakat, kétségbeesést és félelmet élt át.

Ketten a kitolási szakot írták le a legmegterhelőbb élményként, elsősorban annak módja, illetve a szakszemélyzet empátiájának és figyelmességének hiánya miatt. Mindketőjük – valamint rajtuk kívül még egy édesanya – esetében alkalmazták a Kristeller-manóvert. Az egyikük abba is beleegyezett, hogy nyomást helyezzenek a hasfalára, mert szerette volna, ha véget ér a szülés, az eljárás során azonban pillanatnyi halálfélelmet élt át:

„Ez a férfi orvos nyomta a hasamat, de úgy, hogy nem lent, hanem itt folyamatosan a tüdőmnél nyomta; nem tudtam levegőt venni; nem tudtam semmit se csinálni. És egyszerűen azt éreztem, hogy én tényleg itt fogok maradni, hogy én itt meg fogok halni. Tehát hogy tényleg ettől volt egy ilyen pillanatnyi halálfélelmem [...] Majd, amikor kinyitottam a szemem, láttam, hogy ilyen erőteljes mozdulatokkal húzzák ki [belőle] a gyereket, és akkor elkezdtem sírni” (Dalma).

A másikuk a teljes kontrollvesztést emelte ki, és azt, hogy nem kapott olyan visszajelzést, amely alapján megérthette volna, mit várnak el tőle:

„A vége volt az, ami nekem abszolút a legdurvább volt; amikor már végre megengedték, hogy nyomjak, akkor azt mondták, hogy nem jól nyomok [...] És itt már abszolút nincs meg, hogy mi és hogyan, de egyszer csak azt éreztem, hogy valaki elkezdte ezt a hasba könyöklést, és nyomta felülről a hasamat, de annyira erősen, olyan teli erőből, és közben mondta, hogy amikor nyomok, akkor így nyomjam le a fejemet, és hogy tartsam vissza a levegőt. De hát most hogy tartod vissza a levegőt, miközben valaki nyomja a hasadat, meg baromi erősen kell nyomnod?! Szóval az ott, az nagyon-nagyon rossz volt, és közben csak kiabáltak, hogy nem jó, meg nem így, nem úgy, és azt nem tudtam, mit csináljak rosszul, vagy hogy mit kéne máshogy csinálni” (Eszter).

4.3.3. Támogatás és bánásmód

Két interjúalany kivételével egy édesanya sem számolt be a szakszemélyzet (az orvosok, a szülésznők, illetve a nővérek és ápolók) részéről nyújtott támogatásról. Az egyik kivétel, akinek az ügyeletes doktornő vajúrási lehetőséget ajánlott a műtétje előtt, emellett az aneszteziológus hozzáállását is kedvesnek és emberségesnek ítélte meg: *„[Az aneszteziológus] volt amúgy a legkirályabb, bemutatkozott, még kezet is fogott. [...] És ott a műtőasztalon éreztem, hogy lehet, hogy pánikrohamot fogok kapni, és neki jeleztem, és tök aranyos volt, mert végig beszélgetett velem” (Tímea).* A másik kivételt az az édesanya képezi, akinek a 2021 előtti szülésénél választott orvosa volt. Támogatást kizárólag tőle tapasztalt, az ellátásért azonban külön fizetett.

Akik támogatást éltek meg, azt jellemzően a partnerüktől kapták. Ugyanakkor többen arról számoltak be, hogy még a párjuk sem tudott megfelelő támaszt nyújtani, hiszen nem ugyanazon mentek keresztül, amin ők. Két esetben (mindkettő otthonszülést tervezett) a bábájuk is velük volt a kórházban dúlaként, aki a kórházi rendszerben semmilyen hivatalos kompetenciával nem rendelkezik, nem része a személyzetnek, így „szava sincsen”. Az egyik édesanya császármetszésekor nem lehetett jelen a férje, amit negatívan élt meg:

„Betoltak a műtőbe; oda már nem jöhetett be a párom, aki egyébként kérdezte, hogy miért nem, és azt mondták, hogy nehogy vele kelljen foglalkozni, ha elájul. Mondta, hogy pár évet járt az orvosira, meg mentőzött, nem valószínű, hogy el fog ájulni. Viszont egyrészt a gyereke születéséről van szó, másrészt szeretne engem is támogatni, de nem engedték.” (Ráhel)²¹

²¹ A betegjogi törvény szerint a szülő nőnek joga van ahhoz, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúrási és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, amennyiben az egészségügyi állapota azt nem zárja ki (Eütv. II. § [5]).

Egyik interjúalany sem számolt be folyamatos tájékoztatásról, sőt a legtöbben úgy érezték, egyáltalán nem informálták őket a testükkel zajló folyamatokról, például arról, hol tart a szülés, mi történik éppen, milyen beavatkozásokat végeznek, illetve ezek miért szükségesek. Többen hiába tettek fel kérdéseket, nem kaptak egyértelmű válaszokat. A tájékoztatás hiányát valamennyien rendkívül negatív élményként írták le: *„igazából minden ijesztő volt, mert nem mondtak semmit, hogy mit miért csinálnak”* (Abigél).

Az interjúalanyok többsége sürgetettséget és türelmetlenséget tapasztalt a szak személyzet részéről. Volt, aki ennek okát nem értette: *„pedig üres volt az egész szülőszoba”* (Dalma), míg más megpróbált magyarázatot találni rá: *„később megtudtam, hogy nagyon sok baba született aznap, és lehet, ezért is sürgették egy kicsit”* (Ráhel). Egy másik édesanya elsősorban a főorvos kommunikációs stílusát élte meg bántónak: *„Ott már inkább a főorvosnő volt az, aki így beszélt hozzám, de neki meg alaphból egy ilyen kicsit mogorva stílusa volt, és ilyen nagyon türelmetlenséget éreztem belőle”* (Eszter). Beszámolója szerint a személyzet kommunikációjának egyik legnagyobb problémáját a hangnem és a szóhasználat jelentette: *„de azt is ilyen nagyon gúnyosan mondta. Tehát, hogy azok a hangsúlyok... Azért nem mindegy, hogy hogyan mondják”* (Eszter).

Mindegyik édesanya tapasztalt méltatlan, sőt embertelen bánásmódot a kórházban töltött ideje alatt. Többen valamilyen élettelen dologhoz hasonlították az érzést: *„nem vettek emberszámba, mintha egy tárgy lennék, vagy mintha nem is léteznék, ők pedig rutinszerűen, mint a robotok végzik a munkájukat”* (Hilda). Az egyik édesanya úgy fogalmazott, úgy kezelték, *„mint egy darab hús”* (Ráhel). Két interjúalanyunk kifejezetten rosszul esett, hogy a rossz bánásmód egy női egészségügyi dolgozótól származott: *„és ami ebben talán még jobban fáj, hogy ez egy nő volt”* (Dalma). A nem megfelelő bánásmódhoz sorolták azt is, amikor a műtét, a vizsgálat vagy a varrás közben mindennapi dolgokról beszélgettek egymással a szakemberek, ami három beszámolóban is megjelent: *„a szülésznő és a doktornő végig hangosan kacarásztak, beszélgettek, mint a vásári komédiákban szokás”* (Abigél). Még azokban az esetekben is, amikor az orvost vagy a szülésznőt kedvesnek vagy figyelmesnek találták, az érintettek úgy érezték, kéréseiket, véleményüket és igényeiket különféle okokból nem vették figyelembe. Ez jelentősen befolyásolta a szülésélmény utólagos megítélését, ezért sem az ellátásra, sem magára a szülésre nem tudtak pozitív élményként visszatekinteni. Ennek okai között említették, hogy nem támogatták a hüvelyi szülésre irányuló szándékukat, a szabad mozgást vagy a kádban vajúdást. Hasonlóan negatív élményként jelent meg, amikor kérésük ellenére epidurális érzéstelenítést, oxitocint (vagy annak dózisemelését), illetve kéjgázt alkalmaztak anélkül, hogy ehhez tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket kérték volna.

4.3.4. Tájékoztatás és beleegyezés

Több interjúalany úgy érzi, a szülés során kevés információt kapott a testét érintő történésekről, illetve többen tájékoztatás és beleegyezés nélkül estek át különböző beavatkozásokon. Fontos kiemelni, hogy ez a két tényező nem jár mindig kéz a kézben;

előfordulhat, hogy tájékoztatják a szülő nőt, ám beleegyezést nem kérnek, valamint hogy kéri a beleegyezését, de nem magyarázzák el, mihez és az miért lenne szükséges. A kettő egyvelege és bioetikailag megalapozott feltétele az *informált döntés lehetősége* (Héjja-Nagy, 2020), amelynek során a szülő nő előzetesen megfelelő mennyiségű információt kap a döntéshozatalhoz, amennyiben abban nincs akadályoztatva.

A fájás közbeni hüvelyi vizsgálatot mindannyian rendkívül rosszul élték meg. Egyrészt annak fájdalma miatt, másrészt többen kitértek arra, hogy amikor az tájékoztatás és beleegyezés nélkül történt, az kifejezetten negatívan érintette őket: *„Ő is többször benyúlt szó nélkül. Erőszaknak élttem meg a tájékoztatás hiányát”* (Abigél). Ez minden alkalommal hozzájárult a vizsgálatot végző orvos negatív értékeléséhez: *„igazából, amikor megjelent [az éppen ügyelő orvos], az volt a legrosszabb. Főleg, mert fájás közben vizsgált, és nagyon kegyetlenül. És igazából emiatt van bennem ilyen nagyon rossz élmény vele kapcsolatban”* (Kinga). Az egyik édesanyának eleinte azt mondták, infúziót kötnek be neki, később – az adag emelésekor – derült ki, hogy oxitocin volt. Később háromszor utasította vissza az epidurális érzéstelenítőt, végül *„a negyediknél már nem kérdezték, hanem bejöttek, és mondták, hogy most adni fognak”* (Gréta). Egy másik édesanyának csak utólag szóltak a gátmetszéséről. Továbbá volt, aki műtétje menetéről nem kapott előzetes tájékoztatást: *„[az őt műtő orvos] azt ígérte, hogy majd át fogjuk beszélni, mi fog történni a műtőben. Erre a beszélgetésre azonban mégsem került sor”* (Hilda), pedig programozott császármetszésre készült és órákat várt a műtétje előtt az intézményben ülve. Ezek az anyák értetlenül állnak a tájékoztatás hiánya előtt, és úgy gondolják, ennek nem így kellett volna történnie. A tájékoztatást tekintve többen úgy érezték, nem kezelik őket egyenlő félként: *„szerintem ez sokkal inkább ilyen, jó, ezt el kell mondanunk, de igazából így lesz. [...] Sokszor éreztették, hogy ők a szakemberek, én meg nem”* (Ráhel). *„Abszolút nem tekintettek partnerként; nagyon erősen éreztem ezt az alá-fölé rendelt-ségi viszonyt”* (Janka).

Az interjúalanyok történeteiben a támogatás, a megfelelő tájékoztatás és a beleegyezés kérése egyaránt hiányzott a szakszemélyzet részéről, ami hozzájárult a negatív szülésélményhez. Ezt tovább erősítette az általuk megtapasztalt méltatlan bánásmód, amely szintén kedvezőtlen hatással volt a szülés utólagos megítélésére.

4.3.5. Fájdalom

A megkérdezett édesanyák részben hasonló tapasztalatokkal rendelkeznek a fájdalom terén. Fontos kiemelni, hogy a beszámolóik alapján nem önmagában a szüléssel együtt járó természetes fájdalom jelentette a negatív élményt, hanem azok a helyzetek, amelyekben a fájdalom beavatkozásokhoz, illetve a szakszemélyzet hozzáállásához kapcsolódott. Öten számoltak be olyan esetről, amikor – akár többszöri jelzés ellenére – a fájdalmukat megkérdőjelezték vagy elbagatellizálták. Például a méhösszehúzódás közbeni hüvelyi vizsgálatkor a műszerekre mutatva hitetlenkedtek: *„mindháromszor azt mondták, hogy nem fájhat, mert nem mutat semmit a CTG”* (Dalma).

Kilenc interjúalany számára volt a fájdalom meghatározó a rossz élmény kialakulásában. Az erős fájdalmat leginkább a szintetikus oxitocin hatásának vagy a fájások alatti vizsgálatoknak tulajdonították, emellett egy-egy esetben a megfelelő fájdalomcsillapítás nélküli varrás, illetve a nem megfelelő érzéstelenítés mellett végzett császármetszés is jelentős szerepet játszott ebben. Az édesanya, akinek első szülése otthonszülés volt – amit rendkívül pozitívan élt meg –, úgy gondolja, „*ezerszer rosszabb az a fájdalom, amit ők [a kórházi szakszemélyzet] okoznak [mint a szülés fájdalma]*” (Abigél) – utalva ezzel a fájás közben elvégzett vizsgálatra, a gátmetszésre és a varrásra. Két esetben az édesanyák kifejezetten rosszul és fájdalmasnak élték meg a burokrepesztést: „*elég kíméletlenül végezte ezt a mozdulatot [...] engem sosem zavart, hogy férfi a nőgyógyászom, de azt gondoltam, hogy ha ő nő lenne, és átesett volna ezeken a vizsgálatokon, akkor valószínűleg eggyel kedvesebben végezte volna el ezt a magzataburok-repesztést*” (Ráhel). Az édesanya, akinek műtétje közben nem hatott az érzéstelenítés, úgy érezte magát, „*mint akit élve felboncolnak*” (Hilda).

A szintetikus oxitocin több interjúalany beszámolója szerint jelentősen fokozta a fájdalom intenzitását. Két édesanyának annyira fájtak a méhösszehúzódások a szer hatására, hogy azt a halálhoz hasonlították. Az ő esetükben az oxitocin bekötése és adagjának folyamatos emelése tájékoztatás és beleegyezés nélkül történt. Egyikük jelezte is, hogy az erős fájdalmak miatt nem kéri annak további adagolását, de a kérését figyelmen kívül hagyták.

4.3.6. Közvetlenül a szülés utáni érzések

Közvetlenül a szülés után három édesanya azt gondolta, soha többet nem szeretné ezt újból átélni. Hárman úgy érezték (és azóta is így érzik), a gyermekük iránt érzett boldogság legyőzte a negatív érzéseket. Voltak, akikben bizonytalanság merült fel azzal kapcsolatban, hogy valóban ilyennek kellett volna-e lennie. Mások rettenetesen érezték magukat mind fizikailag, mind lelkileg, miután a gyermekük megszületett: „*ürességet és fájdalmat éreztem, testileg és lelkileg is*” (Janka); „*[u]tána egyedül maradtam, és egyszerűen úgy éreztem magam, mint akit megerőszakoltak [...] [e]gy részem biztosan ott maradt; azt úgy kivették*” (Dalma).

4.3.7. Csecsemőosztály

A szülés után, a kórházban töltött idő alatt csak kevesen éreztek támogatást és segítőkészséget a nővérek részéről; mindannyian figyelmetlenségről és empátiahiányról számoltak be. Négy első gyermekes édesanya küzdött a szoptatással, ám nem kapott megfelelő segítséget, ezért volt, aki a szobatársára vagy telefonon elérhető bábájára támaszkodott. Többen elégtelennek tartották az újszülöttjükre vonatkozó tájékoztatást, amikor elkülönítették őket tőlük. Néhányan indokolatlannak vélték a szeparációt, mások pedig hiába szeretnék volna megszojtatni gyermeküket, a lábadozás miatt nem tudták elhagyni a szobájukat, és a csecsemőt sem vitték oda hozzájuk. Több édesanya később tudta meg, hogy újszülöttjük anyatej helyett cukros vizet kapott, ami nem csupán

felesleges, de számos negatív hatása lehet a gyermek egészségére nézve. Előfordult az is, hogy a nővérek csak többszöri kérésre vitték be a csecsemőt, illetve néhány esetben sem az anya, sem az apa nem lehetett a gyermek mellett: „*nem tartották tiszteletben a babám jogát, hogy valamelyik szülője vele legyen*” (Léda). Egyes beszámolók szerint az újszülöttet érintő gyakorlatok, beavatkozások és bánásmódok az édesanya előzetes tájékoztatása nélkül történtek.

Az édesanya, aki a császármetszést nem élte meg rosszul, később a csecsemőosztályon szerezte a legtöbb negatív tapasztalatot, ahol lekezelő nővérek vették körül, akik anyai képességeit is megkérdőjelezték. Úgy érezte, megalázták, és nem tudott kiállni magáért. Rendkívül rosszul élte meg, hogy mindeközben nem lehet együtt gyermekével a műtét utáni kórházi protokoll miatt, valamint mert fizikailag még nem volt megfelelő állapotban ahhoz, hogy ellássa újszülöttjét, s emiatt sokat is sírt. A folyamatos megjegyzések mellett az egyik nővér a felkelésben és a gyermekéhez való eljutásban sem nyújtott segítséget neki, így végül a takarítótól kapott támogatást. Később, amikor már a gyermekével lehetett, ugyanez a nővér levette a melléről a csecsemőt, mondván már túl régóta szoptatja, egy alkalommal pedig úgy ébresztette fel az újszülöttet, hogy meghúzta a haját. Ez a durva bánásmód, különösen a gyermeke fizikai bántalmazása, megrázta. Több édesanya számolt be arról, hogy úgy érezte, a gyermeke jogait megsértették és az érdekeit nem vették figyelembe. A megalázó megjegyzések elsősorban az anyai kompetenciákat és felelősségtudatot kérdőjelezték meg.

A csecsemőosztályon tapasztaltak hozzájárultak a kórházi tartózkodással kapcsolatos negatív élményekhez, ugyanakkor önmagában az empátia, a segítségnyújtás és a figyelem hiánya nem minősül szülészeti erőszaknak, a méltatlan bánásmód viszont igen. A beszámolókból több olyan elem fedezhető fel, amely az édesanya és gyermeke jogainak, illetve érdekeinek sérelmére utalhat és szülészeti erőszakként értelmezhető: a fizikai bántalmazás, az indokolatlan szeparáció, a kapcsolattartáshoz való jog sérelme (Eütv. II. § [4] és [5]), valamint minden olyan, az újszülöttet érintő bánásmód vagy gyakorlat, amely az édesanya (előzetes) tájékoztatása vagy beleegyezése nélkül történt.

4.3.8. A szülés utólagos értékelése és a szülésélmény hatásai

A kutatási felhívásra jelentkező valamennyi résztvevő negatívan értékelte szülésélményét, annak megélése és utólagos értelmezése azonban eltérő volt. Hárman hálával gondolnak arra, hogy gyermekükkel túléltek a szülést és a születést (egyikük elvesztette első gyermekét, másikuk első szülése otthon zajlott, harmadikuknak pedig ez volt az első szülése). Az egyik édesanya – nem csak a szülésélménye miatt – a közeljövőben biztosan nem szeretne szülni (szülés óta hét hónap telt el), ugyanakkor úgy véli, egy későbbi várandósság esetén alaposabban tájékozódna az otthoni szülés lehetőségéről. Egy másik interjúalany szintén fontolgatta az otthoni szülést, bár korábban a kórházi környezetet tartotta biztonságosabbnak. Sajnálattal mesélte, hogy a magas rizikófaktora miatt

nem felel meg az otthonszülés jogi feltételeinek, illetve hogy a szüléskor nem volt dűlája, de a következőnél szeretné, ha lenne, és reméli, szülésznőt is választhat majd.

Több édesanya gondol vissza vegyes érzelmekkel a szülésre. Egyikük szerint bármennyire is borzalmas volt, áldásként tekint rá, hogy képes volt végigcsinálni (egy év elteltével is). Egy másik anya a választott orvosával kapcsolatban fogalmazott meg ambivalens érzéseket: bár az orvos sok empátiát tanúsított felé (különösen koraszülésben elhunyt gyermeke után), és azóta is hozzá jár nőgyógyászati vizsgálatokra, több mint öt év elteltével is haragot érez iránta. Második negatív szülése után kezdetben nagyon hálás volt, hogy mindketten túléltek, de másfél hónappal később, a történetek részletesebb felidézésével megjelentek benne a negatív érzések. Úgy véli, jobb lett volna, ha felkészültebb, és ezt egy másik édesanya a saját helyzetére vonatkoztatva szintén így érzi.

Többen magukat hibáztatják a történetekért. Egy anya gyermeke jogainak és érdekeinek sérülése miatt értékelte negatívan szülésélményét még több mint két év elteltével is: „*elvették a babámtól azt, ami jár neki, és ez borzasztó érzés*” (Tímea). Sokáig úgy érezte, nem tudja megadni gyermekének azt, amire szüksége van, és legközelebb otthon szeretne szülni. A nem megfelelő fájdalomcsillapítással átélt császármetszésére így gondol vissza egy másik interjúalany:

„Továbbra is [két év elteltével] nagyon fájdalmas erre visszaemlékezni. Sokat gondolkodom azon, hogy majd, ha a kislányom nagyobb lesz, akkor hogyan fogom tudni neki ezt elmesélni, hogy végül is életem legnagyobb csodája, hogy ő megszületett, de közben nagyon rossz, hogy ez egy szörnyű élmény lett [...] De ha ez volt az ára annak, hogy ő megszülethessen, akkor ez volt, de alapvetően tudom, hogy amúgy ennek nem szabadott volna így megtörténnie” (Hilda).

A szülést élete legkiszolgáltatottabb helyzetének és pillanatának nevezte. Nem emelt panaszt az őt ért bántalmazásért, mert félt az áldozathibáztatástól, illetve úgy érezte, az ő szava van a teljes személyzetével szemben.

Az egyik édesanya, akin elvégezték a Kristeller-manővert, arról számolt be, hogy annak fizikai emlékei hónapokkal később is megmaradtak: „*a hasba könyökléstől mai napig görcsbe szorul a gyomrom; sokáig fájit a hasamon a bőr tőle; még felülni is fájit*” (Eszter). Egy sikertelen otthonszülést átélő anya szerint a szüléssel kapcsolatos ismeretei is hozzájárultak a negatív élményhez:

„Nagyon figyeltem arra, hogy mit csinálnak, biztos vagyok benne, hogy ez is hozzájárult ahhoz, hogy rossz élmény volt, mert ha nem tudnék semmit, nem így éltem volna meg; boldog tudatlanság lett volna [...] A kórházat elhagyhattuk ugyan, de a rossz álmok azóta sem hagytak el engem.” (Abigél)

Egy másik, szintén sikertelen otthonszülést átélő édesanya sok dühvel és csalódottsággal gondol vissza szülésére. Eleinte gyakran foglalkoztatta a kérdés, hogy „*vajon megpróbáltunk-e mindent?*” (Léda), de ez az érzés idővel elmúlt.

Ketten úgy gondolják, negatív élményük hozzájárult ahhoz, hogy szülés körüli segítőként találják meg hivatásukat. Az egyikük arról számolt be, ma már csak halvány fájdalmat érez, ugyanakkor anyasága kezdetben nagyon nehéz volt. Megkérdőjelezte

saját anyai kompetenciáit, nehezen tudott kapcsolódni a gyermekéhez, és csak hosszú hónapok után érezte úgy, hogy a kapcsolatuk helyreállt: *„nehéz kőként cipeltük tovább; hát azért hosszú-hosszú hónapok voltak, mire én úgy éreztem, hogy a kötődést helyre tudtuk hozni a kislánnyal”,* valamint hogy *„már nincs az a sok harag, mint az elején”* (Janka). Elmondása szerint a kezdeti harag is fokozatosan csökkent, amit a szemléletváltásnak és a sok belső munkának tulajdonít (több mint négy év telt el).

Az önértékelésükre három területen volt hatással a szülésélmény: az anyaság megélése, az önhibáztatás és a testkép. Hárman nehezen élték meg az anyaság kezdetét, nehezen szokták meg új szerepüket, és volt, aki hosszú ideig nem tudta megélni annak örömét. Többen sokat sírtak a szülés után. Egy édesanya szülés utáni depresszióval, egy másik pedig PTSD-vel küzdött. Többen kértek szakmai segítséget, amelyet hasznosnak ítélték, ketten pedig ezt még fontolgatták (mindketten az elmúlt egy évben szültek). Voltak, akik a testképük megváltozásáról számoltak be. Egyikük úgy fogalmazott, a szülés során tárgyiasítva érezte magát:

Miközben szülsz, az orvosok mennek és nyitva hagyják a folyosóra nyíló ajtót, miközben ott fekszem anyaszült meztelenül. És nagyon érdekes, mert nagyon megváltozott a szülés óta a testemhez fűződő viszonyom.” (Ráhel).

Egy másik édesanya pedig úgy érzi, a szülése óta idegen testben él: *„azóta úgy érzem, hogy a testem nem az enyém”* (Eszter). A szülés során átélt lelki és fizikai bántalmazás következtében elvesztette a kapcsolatot a saját testével. Két édesanya arról is mesélt, hogy a gátvarrás hatással volt a szexuális életükre. Egyiküknek a szexuális együttlét több mint fél évvel később is fájdalommal járt, és úgy érzi, a kórházi élmények megingatták az emberek iránti bizalmát. A másik anyánál ugyanez a probléma nyolc hónap után rendeződött; korábban több orvos is pszichés eredetűnek tartotta, ő azonban ezt nem érezte helytállónak.

4.3.9. Szülészeti erőszak – kifejezés és megélés

Mind a tíz interjúalany ismerte a szülészeti erőszak kifejezését. Az interneten olvastak róla először, még évekkel ezelőtt, és ennek alapján úgy érzik, ami velük történt, az szülészeti erőszak. Vannak, akik azonnal, gondolkodás nélkül adtak választ, míg a többiek kisebb habozás vagy rövid magyarázat után válaszoltak. Egy édesanya úgy gondolja:

„Valószínűleg jó kifejezés, de az erőszak kifejezés – legyen az bármilyen, nem csak szülészeti –, nagyon durva, ezért, ha nem szélsőséges erőszak ér minket, tehát nem megerőszakolnak, vernek meg minket, vagy nyomják ki belőlünk a babánkat, szerintem sokan nem használnák ezt a kifejezést a velünk történetekre.” (Ráhel)

Az egyik szülés körüli segítő úgy érzi, *„korábban sem gondoltam azt, hogy a szülészeti erőszaktól megvéd a tájékozottság. Az erőszakot valaki elköveti; nem tudok ez ellen én felvegyverkezni [...] Ameddig el tudtam kerülni a rendszert, addig jó volt, utána meg rossz”* (Léda).

5. Összegzés

A kutatás alapján elmondható, hogy összességében a méltatlan bánásmód, az odafigyelés és az empátia hiánya, a fájdalmasan végzett, tájékoztatás és beleegyezés nélkül történő beavatkozások, az azok okozta fájdalom negligálása, valamint a szülés utáni szeparáció és a gyermeküket érintő bizonytalanság is hozzájárulhat a negatív szülésélményhez. A szülészeti erőszak tehát létező jelenség, ami rendszer- és világszintű problémát jelent a jelenkori társadalomban, s ami számos formában jelenhet meg a szülők szobáinak falai között. Minél tudatosabbak és tájékozottabbak voltak a megkérdezett édesanyák, annál több kritikát fogalmaztak meg és annál több változást igénylő tényezőt soroltak fel az ellátással kapcsolatban.

Bár a szülés szubjektív élmény, és vélhetően nem mindenki éli meg negatívan vagy szülészeti erőszakként ugyanazokat a beavatkozásokat, ha vannak olyan édesanyák, akik így tekintenek rájuk, az hangsúlyozza a téma fontosságát, és szükséges diskurzust folytatni róla. Noha a történeteikben számos, a szülészeti erőszakra jellemző elemet azonosítottak, a negatív szülésélmény kialakulásában e jelenségek szubjektív megélése a meghatározó. Ennek ellenére a szülészeti erőszakként definiált jelenségek kedvezőtlen hatással vannak a szülésélményre és az érintettek későbbi életére.

Az interjúk alapján megállapítható, hogy a tájékoztatáson alapuló beleegyezés és az informált döntéshozás gyakran elmaradt, ami jogsértő és etikailag kifogásolható gyakorlatra utal. Emellett az is elmondható, hogy a negatív szülésélmény és a szülészeti erőszak az érintettek életének több területére is kihatással lehet, valamint befolyásolhatja a jövőbeli szülés módjára és körülményeire vonatkozó elképzeléseiket.

A tény, hogy a résztvevők mind eltérő kórházban, mégis hasonló negatív élménnyel szültek, arra utal, hogy a szülészeti ellátásban tapasztalható általános problémák nem csupán egyes intézményekhez köthetők, hanem rendszerszintű, strukturális és kulturális sajátosságokat is tükröznek. Ez alapján feltételezhető, hogy a különböző kórházakban dolgozó szakemberek hasonlóan működnek, ami azt jelezheti, hogy a szülészeti ellátásban (beleértve a gyermekágyas szakszemélyzetet is) elterjedt gyakorlatok, szokások és protokollok (a szakmai szocializáció részeként) nem elég érzékenyek az anyák igényeire, illetve hajlamosak lehetnek rutinszerű, kevésbé figyelmes eljárások alkalmazására, amelyek sok nő számára negatív élményt eredményezhetnek.

Mindez felveti a szabályozás és az elszámoltathatóság hiányának kérdését. A hasonló tapasztalatok arra utalhatnak, hogy a szülészeti ellátás területén hiányozhatnak azok a szabályozások, elszámoltathatósági mechanizmusok, visszajelző rendszerek vagy ellenőrzések, amelyek biztosítanák, hogy az ellátás következetesen és tiszteletteljesen történjen minden intézményben. Az irányelvek ajánló jellegének problémája, hogy nincs kényszerítő ereje. Ennek alapján különösen ott lehetne a „legegyszerűbben” változást elérni, ahol a jogszabályok világosan megszabják a szakmai és etikai határokat.

A tanulmány elméleti háttere és empirikus eredményei arra engednek következtetni, hogy a szülészeti ellátás intézményi kultúrája és szakmai gyakorlatai rendszer szinten hajlamosak alárendelni a szülő nők élményét, valamint hogy az ellátórendszerben nem kap megfelelő hangsúlyt az empátia, az emberi méltóság tisztelete és a személyközpontú ellátás. Az ehhez hasonló kutatások mélyebb összefüggésekben mutatják be az anyák tapasztalatait, ami hozzájárulhat a rendszerszintű változások előmozdításához. A szülészeti erőszak megelőzése, illetve ezáltal a biztonságosabb és pozitívabb szülésélmények elősegítése érdekében elengedhetetlen lenne a döntéshozók, orvosok, szülésznők és más intézményi szakemberek, valamint a nők, civil szervezetek és mozgalmak, illetve az intézményen kívüli szülés körüli segítők közötti együttműködés erősítése.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról

Bánfalvi A. (2009). Ami morális volt, medikálissá vált. Az Eszterházy Károly Főiskola tudományos közleményei: Tanulmányok a filozófiatudományok köréből = Acta Academiae Paedagogicae Agriensis: Sectio Philosophica, 36, 24–35.

Brunello, S., et al. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. European Parliament, Directorate-General for Internal Policies of the Union, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs. [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOLE_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOLE_STU(2024)761478)

Cortizo, R., & McMaugh, K. (2023). Clinical Reflections: Birth Trauma, Obstetric Violence and Birth Rape. ISSTD News, 2023. június 23. <https://news.isst-d.org/birth-trauma-obstetric-violence-and-birth-rape/>

Csányi G. & Kerényi Sz. (2021). Boszorkányság vagy nőközpontúság: női önrendelkezés a szülészetben. In Gádó F. (szerk.), Várószoba: Női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján (pp. 37–44). Friedrich Ebert Stiftung.

Dömötör D. V. (2022). Szülészeti erőszak, háborítatlan szülés, otthonszülés [MA-diplomamunka]. Pázmány Péter Katolikus Egyetem.

Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2019). Egészségügyi szakmai irányelv – A családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról. https://neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002072-2019_A_csaladbarat_alapelvekre_epulo_szuleszeti_es_ujszulott_ellatasrol&inline=true

Garai M. (2016). Szülészeti erőszak és kommunikációs bázisa [konferencia-előadás]. Az erőszak és ellenségkép-képzés diskurzív stratégiái. Magyar Szociológiai Társaság.

- Héjja-Nagy K. & Varga K. (2017). A SzülésSzületés minősége – a szülés az élmény tükrében. In Szentiványi-Makó H. & Veszprémi B. (szerk.), *A párkapcsolattól a gyermekágyig: A várandósság, a szülés és a gyermekágy időszakának pszichológiája és pszichoszomatikája* (pp. 293–313). Octoport Nonprofit Kft.
- Héjja-Nagy K. (2015). A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi B. (szerk.), *Létkérdések a születés körül: Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (pp. 315–338). L'Harmattan.
- Héjja-Nagy K. (2020). A szülés élménye – Befolyásoló tényezők és hatása az anya-gyermek kapcsolatra. In Polonyi T., Abari K., & Kiss T. (szerk.), *Válságok megelőzése és kezelése* (pp. 53–75). Oriold és Társai Kft.
- Jankó-Badó A. (2022). A szülészeti jogokkal kapcsolatos jogtudat empirikus vizsgálata: Félautonóm társadalmi mezők a szülés körül [PhD-disszertáció]. Pázmány Péter Katolikus Egyetem.
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric Violence in the Daily Routine of Care and Its Characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The Meaning of a Very Positive Birth Experience: Focus Group Discussions with Women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Kisdi B. (2012). A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár*, 21(3), 23–44.
- Kisdi B. (2015). Bevezető – A szülés és születés mint társadalomtudományi téma. In Kisdi B. (szerk.), *Létkérdések a születés körül: Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (pp. 7–17). L'Harmattan.
- Kisdi B. (2016). Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz J. T. (szerk.), *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság* (pp. 321–330). International Research Institute s.r.o. <https://doi.org/10.18427/iri-2016-0038>
- Kisdi B. (2019). A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elemzése. In Varga K., Andrek A. & Molnár J. E. (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (pp. 74–89). Medicina Könyvkiadó.
- Kitzinger, S. (2008). A szülés árnyékában: Katarzis vagy krízis? *Alternatal Alapítvány*.
- Kvale, S. (2005). Az interjú: Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba. Józsefvárosi Műhely Kiadó.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's Experiences of Labour and Birth: An Evolutionary Concept Analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90036-0](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90036-0)

- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-Term Memories and Experiences of Childbirth in a Nordic Context—a Secondary Analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), 115–128. <https://doi.org/10.1080/17482620802423414>
- Molnár J. (2015). Posztpartum poszttraumás stressz szindróma. In: Kuritárné Szabó I. & Tisljár-Szabó E. (szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 203–216). Oriold és Társai.
- NEAK. (2015–). Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/szakellatas/fekvobeteg_szakellatas_minosegi_indikator/csaszarmetszesek/csaszarmetszesek
- Parliamentary Assembly of the Council of Europe. (2019). Resolution 2306 (2019): Obstetrical and gynaecological violence. Council of Europe. <https://pace.coe.int/en/files/28236/html>
- Pleván, T. (é. n.). Ablak a világra – Szülészeti adatbázis. <https://www.ablakavilagra.com/>
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Gaceta Oficial No. 38.668, April 23, 2007). <https://www.refworld.org/es/leg/legis/acnur/2007/es/130600>
- Shakibazadeh, E., et al. (2018). Respectful Care During Childbirth in Health Facilities Globally: A Qualitative Evidence Synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(8), 932–942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. Birth: Issues in Perinatal Care, 18(4), 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>
- Šimonović, D. (2019). A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence (Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, A/74/137). United Nations. <https://digital-library.un.org/record/3823698>
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding Psychological Traumatic Birth Experiences: A Literature Review. *Women and Birth*, 29(3), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Székely Zs. & 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.
- Székely Zs. & Csabai M. (2018). Szülésznők tapasztalatai a szülés során létrejövő segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 19(2), 176–200. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.008>
- Székely Zs. (2016). A szülés során létrejövő segítő kapcsolat újraértelmezése a modern pszichoanalitikus elméletek fényében. *IMÁGÓ Budapest*, 5(3–4), 41–56.

- Székely Zs. (2018). Kritikai pszichológiát a szüléshez is! Új Egyenlőség, 2018. február 21. <https://ujegyenloseg.hu/kritikai-pszichologiat-a-szuleshez-is/>
- Tari G. R. (2020). A férfi és női testek medikalizációja a XIX. századtól napjainkig [PhD-disszertáció]. Szegedi Tudományegyetem. <https://doi.org/10.14232/phd.10677>
- Varga K. (2019). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In Varga K., Andrek A. & Molnár J. E. (szerk.), A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében (pp. 276–284). Medicina Könyvkiadó.
- Waldenström, U., et al. (1996). The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers. Birth: Issues in Perinatal Care, 23(3), 144–153. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1996.tb00475.x>
- WHO. (1985). Appropriate Technology for Birth. The Lancet, 326(8452), 436–437.
- WHO. (2014). The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth: WHO Statement. <https://iris.who.int/handle/10665/134588>
- WHO. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. <https://iris.who.int/handle/10665/161442>
- WHO. (2018). WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>