



Kisdi Barbara

A dűlaválasztás motivációi és reflexiói

Bevezetés

Kulturális antropológusként a szüléskultúrák társadalmi jelentéseit vizsgálom, ami csakis kultúrába ágyazottan, holisztikus megközelítéssel kutatható, ugyanakkor szükségszerűen olyan központi kérdésekből kiindulva, amelyeken keresztül émikus perspektívából mutathatóak be a társadalmi működés adott aspektusai. Jelen írásban arra a 2018-as kutatásra támaszkodom, amelyet a PPKE Szociológiai Intézetének keretei között dűlával szült anyák körében végeztünk egy egyetemi hallgatókból álló kutatócsoport segítségével, s amelynek során 83 mélyinterjú készült.¹ Az anyákkal felvett interjúkból most olyan alapvető kérdésekre keresem a választ, hogy milyen előzetes elképzelésekkel rendelkeztek a megkérdezettek a szüléssel kapcsolatban, miért választottak dűlát, és utólag hogyan értékelik a dűla szerepvállalását. Ezek a kérdések jóval túlmutatnak önmagukon, mert rajtuk keresztül a szüléskultúrákat jellemző szemléletmódokra, értékekre, normákra és társadalmi gyakorlatokra adott reflexiókat értelmezhetjük. Írásomban néhány fogalmi tisztázás után a fent említett kérdéseket bontom ki, és bemutatom az általunk megkérdezett nők válaszaiból kirajzolódó motívumokat, amelyeket biopolitikai és tudáspolitikai keretben értelmezek.²

¹ A vizsgálat egy több évet felölelő kutatás második állomása. Első lépésként a dűla-mozgalom történetét, kereteit, működését igyekeztek feltárni, illetve szakértői interjúkat (N=4), mélyinterjúkat (N=52) és kérdőívet (N=95) vettek fel dűlával. Jelen pillanatban szülésszűkeket kérdezték a dűlával kapcsolatos ismereteikről, tapasztalataikról és véleményükről, az utolsó projektben pedig szülésszűkeket szeretnének bevonni a vizsgálatba. A téma feltárása a konkrét projektmunkákon túl vegyes módszerekkel történik (személyes kapcsolattartás, résztvevő megfigyelés, netnográfia, médiafigyelés, szakirodalmi kutatómunka).

² Alapvető és kézenfekvő értelmezési keret lehetne még – sok egyéb mellett – a genderpolitikai vetület elemzése, ám terjedelmi okok miatt ezt a perspektíván most szándékosan nem aknázom ki. Ugyanakkor a tudás elosztásának kérdését az anyák gyakran nemi egyenlőtlenségként kezelik.

Elméleti keretek – dúlák és szüléskultúrák

Egy 2017-es, a gyermekszüléssel kapcsolatos ismereteket, képzeteket vizsgáló kvalitatív kutatásban (Kisdi, 2018) a megkérdezett 154 gyermektelen, fiatal nő közül összesen négy hallott a dúláról, egy idei vizsgálatunkban (N=39) csupán egy ember. Ismertségük és különösképpen elismertségük még gyermekcipőben jár, noha a folyamatos támogató jelenlét pozitív hatása a szülésre ma már nem vitatott (Kennell et al., 1991; Scott, Berkowitz és Klaus, 1999; Scott, Klaus és Klaus, 1999; Redshaw és Heikkila, 2010; Hodnett et al., 2013; Bohren et al., 2017). Bár a folyamatos támogatást nyújthatja az orvos, a szülésznő,³ az apa vagy más kísérő is, az intézményi működésmód, illetve az apa esetében az ismeretlen szituáció megnehezítik a valódi várandós-, vajúdás- és szüléstámogatás nyújtását. A célirányos kutatások szerint a folyamatos támogatás akkor a legkedvezőbb, ha a támogató személy kizárólag az anya és párja lelki és fizikai támogatásáért van jelen (Davis-Floyd et al., 2011; Bohren et al., 2017). Hodnett egy korábbi vizsgálatában arra mutatott rá, hogy az anyák nagyobb mértékű támogatást éreztek párjuk részéről, ha egy dúla is jelen volt a szülésnél (Hodnett 1989), ami vélhetően a nagyobb arányú felkészültséggel magyarázható. Több kutatás (Scott, Klaus és Klaus, 1999; Hodnett et al., 2013) arra hívja fel a figyelmet, hogy az apai jelenlét nem produkál a dúlai jelenléthez hasonló eredményeket, mert az apa jelenlétében a nő „viselkedni” akar. Továbbá Bohrenék (2017) metaanalízise szerint az eredményeket javítja, ha a dúla a várandós nő felkészülését is támogatja a szülésre, mert az a szülő nő tudatosságát, magabiztosságát és önbizalmát növeli.

A kutatások szerint azoknál a szüléseknél, ahol biztosított egy folyamatosan jelen lévő, értő módon lelki és fizikai támaszt nyújtó személy, rövidebb a vajúdási idő, kisebb valószínűséggel kérnek a nők gyógyszeres fájdalomcsillapítást, ritkábban van szükség gátmetszésre, fogó és vákuum használatára, exogén oxitocin alkalmazására, jelentősen kevesebb a császármetszés (Scott et al., 1999; Camann, 2000; Meyer et al., 2001; Simkin és O’Hara, 2002; Gilliland, 2002; Stein et al., 2004; Hodnett et al., 2013; Steel et al., 2015; Bohren et al., 2017),⁴ továbbá az anyák gyengédebb viselkedést tanúsítanak az újszülöttek felé, kevesebb szoptatási problémával küzdenek, nyugodtabbak és kiegyensúlyozottabbak a szülést követő napokban is (Klaus, Kennel és Klaus, 1993; Gordon et al., 1999), valamint pozitív hatással van a szülésélményre is – mind az anyáéra, mind a jelen lévő apáéra (Hodnett, 1989; Sauls, 2002; Gilliland, 2010). A beavatkozások számának jelentős csökkenése nemcsak a kötődésre, az

³ Tehát ahol a várandósság és a gyermekágyas segítségnyújtás is a szülésznő/bába feladata, illetve ahol a szülés során lehetősége van csak egy anyára koncentrálni. Elvben az Európai Parlament és a Tanács szakmai képzések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelve (<http://www.nefmi.gov.hu/europai-unio-oktatas/jogszabalyok/szakkepesitesek>) alapján Magyarországon is a szülésznők kompetenciájába tartozik a teljes reprodukciós időszak kísérése a családtervezéstől az önálló szüléskísérése át a gyermekágyas időszak végéig, ám sem képzésük, sem a gyakorlat nem teszi ezt lehetővé hazánkban (Nyitrai, 2021, 4).

⁴ Bohren és munkatársai (2017) 27 szisztémás, randomizált vizsgálat eredményeit összegzik (16 országból), s eszerint a folyamatosan támogatott szülések esetében átlagosan 39 százalékkal kevesebb császármetszés volt, mint a kontrollesoportok esetében, a szülésélmény pedig 35 százalékkal jobbnak mutatkozott. Marshall Klaus és munkatársainak metaanalízise (2002) kifejezetten a dúlai jelenlétre fókuszált, s eszerint a dúlás szüléseknél 45 százalékkal kevesebb császármetszés történt, 25 százalékkal rövidebb volt a vajúdási idő, 31 százalékkal kevesebb fájdalomcsillapító gyógyszert és 10-60 százalékkal kevesebb epidurális érzéstelenítést kértek/kaptak az anyák, illetve 34 százalékkal kevesebb fogós szülésre került sor a kontrollesoporthoz képest.

újszülött adaptációs képességére, és több vonatkozásban, rövid- és hosszú távon az egészségére van pozitív hatással (kiváló összefoglalónak lásd Varga, 2019a,b), hanem költséghatékonysági szempontból is fontos (Kozhimannil et al., 2016; Greiner et al., 2019).

A modern dűla a posztmodern szűléskultűrában jelent meg, sőt annak létrejöttében is nagy szerepet játszott. A premodern, tehát a medikális rendszerek elűtti vagy azokon kívűli, holisztikus szemléletű⁵ szűléskultűrákban a folyamatos támogatást jellemzően a bábá nyűjtotta vagy nyűjtja, ám azok a személyek, akik a szűlésben tapasztalt vagy tanult bábákon kívűl fizikai és lelki támogatást adnak a szűlésre való felkészűlésben, a vajűdásban, a szűlésben és a gyermekágyas idűszakban, valójában dűlai tevékenységet végeznek. Maga a kifejezés az antropológiai irodalomból ismert (Raphael, 1973),⁶ s eredetileg a posztpartum dűláságra vonatkozott, majd egyre szélesebb körben használták a szűlés körűli laikus segítűkre. A modern (kórházi, technokrata szemléletű⁷) szűléskultűra deperszonalizációja, túlmedikalizáltsága és a szűlés lelki vonatkozásainak negligálása miatt a kritikai szűlésmozgalmak a szűléstet megűjítására törekednek, amelynek nyomán hálózatos formában, a civil szűférára is erősen támaszkodva jött létre a posztmodern (alternatív)⁸ szűléskultűra a holisztikus szűlésmodellre építkezve. A szűléskultűrák távolról sem homogén és statikus rendszerek, még a legerűsebben standardizált modern szűléskultűra sem, s kölcsönösen hatnak egymásra. A szűléskultűra fogalma tehát – miként az elnevezés is sejteti – kulturális értelmezéseket, szemléletmódokat, felfogásmódokat és az erre épűlű gyakorlatokat jelenti, ugyanakkor a modern és a posztmodern szűléskultűra tudományos összefűggésekre épít (a fogalmakról bővebben lásd Kisdi, 2016 és 2019). A vitát közöttűk kognitív konfliktusként (Brehmer, 1976) is értelmezhetűk, lévén a szándék, a perinatális események pozitív kimenetelének biztosítása ugyanaz, ám a legitimnek tekintett tudások, a tapasztalat, az értékrend és a megoldási stratégiák különböznek.

Magyarországon az anya egyéni döntésén műlik, hogy felkeres-e egy dűlát, ám az többnyire a véletlen vagy nagyon tudatos keresés függvénye, hogy a nő vagy a család tudomását szerez-e a dűlákról. A dűla szolgáltatásait az elűre megbeszűlt mértékben az anya egyénilag honorálja. Így tehát Magyarországon olyan nők készülnek és/vagy szűlnek dűlával, akik maguk döntöttek erről.⁹ Magyarországon egyelőre a kereslet-

⁵ A test és a lélek, az anya és a magzat igényeit egyforma súllyal kezelű, azok kölcsönhatását figyelembe vevű, a szűlés természetes lefolyását támogató szemlélet. A hagyományos szűléskultűrákban e szemléletet gyakran mágikus-vallási, a posztmodern szűléskultűrákban pszichológiai tapasztalatokkal magyarázzák és támogatják.

⁶ 1966-ban egy antropológusnű, Dana Louise Raphael (Margaret Mead egyik tanítványa, majd munkatársa, akivel együtt alapították a Human Lactation Centert 1975-ben) a szűptatásról szűlű disszertációjában (ami 1973-ban *The Tender Gift: Breastfeeding* címen jelent meg) a görűg doula (szűlűga) szűval illette azokat a nőket, akik a hagyományos kultűrákban a gyermekágyi idűszakban segítik az anyákat (ma őket posztpartum dűlának nevezzűk).

⁷ Tehát a technológiai tudásra alapozű szemlélet, amely a karteziánusi világlátás talaján megfigyelése középpontjába a testet állítja.

⁸ Az alternatív kifejezés nemcsak a modern szűléskultűra felfogás- és eljárásrendjétűl eltérű megoldásokra utal, hanem a differenciált szűlésműdozatok közötti választás lehetűségére is.

⁹ Jellemzően nem valamelyik dűla-szervezetet keresik meg a nők, hanem egyéni dűlaválasztás történi ajánlás vagy szimpátia alapján. Közűség-alapű dűla szűlűgát is létezik hazánkban: az EMMA Egyesűlet és a miskolci Regina Egyesűlet szervezésében indult 2019-ben, amelynek keretében roma nők körében tartottak negyvenórás dűlaképzést azzal a célal, hogy az alsűzsolcai roma nők ne egyedűl menjenek szűlni a miskolci kórházba,

kínálat elve határozza meg, hogy a dűla csak a felkészítésben kap/vállal szerepet, vagy a vajűdás- és szűléstámogatásban, illetve a gyermekágyas idűszakban is. A legjellemzőbb módon a szűlés kísérésére is felkérlik az anyák a dűlákat, a várandósság idűszakában pedig a felkészítű beszélgetéseket egy állandó telefonos ügyelet egészíti ki. A posztpartum periódusban a dűla legjellemzőbb tevékenysége a szoptatástámogatás és a szűlésélmény feldolgozásának segítése.

Minta és módszer

Interjúalanyainkhoz (N=83) ajánlás útján jutottunk el. Az adatfelvételt megelőző évben dűlákkal készítettűnk interjúkat, s az ő segítségűket kértűk az anyák eléréséhez. Így tehát részben a dűlák döntésén múlt, ki került be a kutatásba, részben hólabda módszert alkalmaztűnk. A mintába került 83 édesanya életkora 27-től 53 évig terjedt, az átlagéletkor 37,2 év. Az interjú idejére a legtöbbben két gyermeknek adtak életet (31 fű), de nagy arányban voltak a háromgyermekesek (25 fű), 22-en az egygyermekesek, négyen a négygyermekesek, és egy nű öt gyermeket szűlt. Az egygyermekes anyák egy kivétellel szeretnének még gyermeket szűlni. A megkérdezett nűk többsége magasan képzett: nyolc fű bír középfokű végzettséggel, két nűnek OKJ-s tanfolyam a legmagasabb iskolai végzettsége, a többiek diplomával, ketten PhD fokozattal (pszichológia, mikrobiológia) is rendelkeznek. Egy anya az interjú idején a felsűoktatásban tanult. A felsűfokű végzettségűek között a pedagógusok, a gazdasági szakemberek, a bölcsészek és társadalomkutatók, illetve az egészségűgyi végzettségűek vannak a legtöbbben. A diplomások túlsűlya részben a mintavétel módjának, részben valószínűleg annak tudható be, hogy a dűlát választó nűkre jellemző a keresű, kritikai gondolkodás, s az alternatív szűléskultúra mondanivalójának megértése utánjárás, értű olvasást és megfontolt mérlegelést igényel, ezért vélhetően jobban vonzza az edukáltabb embereket. Ezt a feltevést támogatja az a tény, hogy az otthonszűlű nűk körében is egyértelműen magas a diplomások aránya (az „élveszűletési lapok” szűrése alapján 62,7%, saját mintámban (N=50) 70%, részletesen lásd Kisdi, 2013, 111, 285). Harmincegy édesanya a diploma után különbözű kiegészítű képzés vagy tanfolyam keretében további képzetségeket is szerzett. Nyolcan végeztek dűla-tanfolyamot, egy kivétellel a szűlésűket kísérű dűlákkal való megismerkedésűk hatására. Interjúalanyaink közül 26-an Budapesten,

párhuzamosan pedig kiépítették a kapcsolatot a miskolci kűrházzal. A program keretében végűl hat dűlát képeztek, akik közül négy aktívan kísér szűléseket (<https://emmaegyesulet.hu/2020/09/21/miskolc-kozossagi-dula-program>; <https://www.facebook.com/reginamiskolc>). A dűlák munkadíját az EMMA Egyesűlet pályázati pénzből fizeti, az anyák számára ingyenes, de a pályázati források biztosítása minden évben nagy kreativitást kíván a szervezűktől. Egy másik kísérleti projekt a Békés Dűlakűrhűzű kötűdik (https://bekesdulakor.hu/wp-content/uploads/2014/07/2014-06-03_BekesDulakor_Onkentes_projekt_tanulmany.pdf). 2014-ben a Pest Megyei Flűr Ferenc Kűrház szűlésetének osztályvezetű fűorvosa kereste meg a dűlaszervezet vezetűjét azzal a kérésselel, hogy kísérleti jelleggel vállalják a kűrházban szűlű nűk mellett önkéntes dűlaskodást. A fűorvos célja részben az anyák elégedettségeének növelése volt, részben pedig az, hogy az egészségűgyi dolgozűk – az elűítéleteket csökkentendű – testkűzelből ismerjék meg a dűlák munkáját és a dűlai szemléletet. A közűs projekt keretében végűl 13 önkéntes dűla hat héten át 48 olyan nű vajűdását és szűlését kíserte, akik ezt szűvesen fogadták. Ezekben az esetekben az elűzetes ismerkedésre nem volt mód, ám a kűrházi gyermekágy idején már élni tudtak a folytonosság lehetűségével (<https://bekesdulakor.hu/onkentes-dulak-a-korhazban>).

14-en az agglomerációban, 42-en pedig egyéb vidéki területen élnek, többnyire városban. Egy anya az interjú idején Szerbiában élt. Ötvennyolcan készültek és szültek kórházban dűlavával, négyen készültek, de a dűla végűl nem mehetett be a szűlésre, 13-an kórházban és otthon is szűltek (közűlűk heten dűlás kórházi szűlésűk után otthon szűltek, hatan otthon szűltek elűször dűlavával), hárman pedig már elű gyermekűket is otthon szűlték (ahol „jár” a dűla).

Az adatfelvételre 2018 nyarán került sor, néhány kivételtűl eltekintve az interjúalanyok otthonában, megszokott környezetben, ami csűkkenti az interjúhelyzetbűl adódó egyenlűtlenség, illetve az ebbűl fakadó frusztráció érzését az interjúalanyokban. Az interjúkat minden esetben hangfelvétellel rűgzítettűk, majd elkészítettűk a szó szerinti átiratokat. A félűg strukturált interjúkérdések meghatározásakor, illetve interjú közben a mélyítű és pontosítű kérdések során célunk az volt, hogy bátorítsuk az interjúalanyt vágyainak és tapasztalatainak önreflexív reprezentációjára és interpretációjára, hogy minél teljesebb képet kapjunk az általa megélt valóság értelmezésérűl, ám történeteik feltárása lehetűséget kínál a pre-reflektív jelentések megismerésére is. Az így létrejűtt szűvegekben lapszeli jegyzetek készítésével, a jelentéskondenzáció műdszerével (Kvale, 2005, 192.) kerestűk a szűvegegységekben a jelentést, s ezek alapján bontakoztak ki a vizsgálati anyagbűl a jelentéskategóriák. A kategóriák kialakítása és azok differenciálása (alkategóriák), majd esetleges újradifferenciálása után létrejűtt tematizációs tábla képezte alapját a jelentésinterpretációs munkának, amelynek során a kiválasztott témák mentén a szűvegbe visszahelyezett kategóriákat a vizsgálati anyag releváns kérdéseinek fényében értelmeztűk.

A jelen írás számára kiválasztott témák a kűvetkezők voltak: 1. a megkérdezett édesanyák milyen elképzelésekkel rendelkeztek a szűléssel kapcsolatban, mielőtt eljutottak a dűlaválasztásig, 2. miért választottak dűlát és 3. hogyan értékelik utólag a dűla szerepvállalását? Az elű kérdés azt a tudás-, érték- és elváráshorizontot igyekezett feltárni, amelyben összetett módon jelenik meg a társadalmi diskurzus és egyéni tapasztalat lenyomata, s amely alapvetű műdon befolyásolja az egyén szűléssel kapcsolatos döntéseit. A műsodik kérdés a dűlaválasztás motivációit, kűrűlményeit, feltételeit, lehetűségeit vizsgálta, míg a harmadik során a dűlás szűlés(ek) tapasztalatára és e tapasztalat értékelésére és értelmezésére voltunk kíváncsiak. A téma vizsgálatát a kutatási anyag biopolitikai és tudáspolitikai keretbe helyezésével és ezen elemzési keretek tárgyalásával zárom. A vizsgálat célja, hogy a dűlaválasztás és a dűlás szűlés reprezentációinak émikus olvasatából induljon ki, ami szűkségessé teszi az interjúrészletek nagyarányű közlését. Az interjúrészletek anonimizált, beazonosíthatatlanná tett formában kerültek közlésre.

A kutatás eredményei

Vágyak, tervek, elvárások

Egy 2018-as tanulmányomban bemutattam, milyen kevés információval és konkrét elvárással rendelkeznek a fiatal, még gyermekvárás elűtt állò nűk a perinatális

témákkal kapcsolatban, s képzeiteket hogyan magyarázzák.¹⁰ A majdan a dúlaválasztásig eljutó nők körében párhuzamosan jelenik meg a „nem tudás” és a „női tudás” motívuma, aminek disszonanciája fontos ok a dúlaválasztásban. A dúlával szült nők nagy hányada (51/83)¹¹ az első várandósságuk előtti időre vonatkozóan nagyfokú ismerethiányról számolt be, ám ezt szükségszerűen későbbi tapasztalataik fényében értékelték így. Az esetek közel háromnegyedében az első várandósság idején sem tudtak konkrét elvárásokat megfogalmazni. „Nagyon sokáig úgy gondoltam, hogy hát kérdezte tőlem valaki, hogy hogy fogsz szülni, hát mondom milyen hülye kérdés ez, hát majd bemegyek a kórházba és majd az orvos megmondja, hogy mit kell nekem csinálnom.” Egy orvosi végzettségű nő szintén úgy gondolta, hogy egyetlen lehetséges út vezet a gyermekszüléshez: „Az első szülésnél még nem is igazán tudtam, hogy konkrétan mire számíthatok a szülés alatt, tehát nagyjából volt képem arról, hogyan zajlanak a szülések, és alternatív típusú szülést nem is láttam. Úgy voltam vele, hogy ami történik velem, a szükséges rossz, és azt meg kell élni.” Az elvárások hiányát ezek a nők rendszerint azzal magyarázták, hogy nem tudták, hogy lehet elképzelésük: „fogalmam nem volt, hogy ez egyáltalán kérdés, szóval, hogy nem volt erről semmilyen tudásom, ezért aztán föl sem merült, hogy vannak választási lehetőségek”. „Hát, elsőre én még nagyon hittem a kórházi rendszerben, mármint, hogy ők majd tudják, majd segítenek vagy nem tudom...”

Ezt az általuk „szokásosnak” ítélt információhiányt és felkészületlenséget alapvetően a szocializációs hatásoknak tulajdonították: „mert tabu, egy csomó minden tabu, ami a szüléssel kapcsolatos, nem beszélünk róla, nem téma. Az, amit a filmekből megtanulunk, egyszerűen nem igaz, nem olyan a szülés. De csak akkor jössz rá, hogy nem tudsz semmit, amikor már késő.” „A Kismama újság volt nekem a mentőövem, mindent onnan szedtem föl, amit egyébként egy anyától kéne, vagy persze már tudom, bábaközösségben vagy dúláktól, vagy nem tudom. Én ilyen magányos farkas voltam, mert el se tudtam képzelni, hogy erre léteznek közösségek. És a baráti társaságunkban én voltam az első, aki szült. Tehát én nagyon hamar szültem a többiekhez képest, és így ugye úttörő voltam, és nem volt, aki, aki úgy igazán közel állt volna hozzám, hogy segítsen ebben, hogy mi lesz meg hogy lesz.”

A szocializáció jellegét gyakran többszintű (nemi, tudáspolitikai) társadalmi egyenlőtlenségként értelmezték. „Valahogy mintha szándékosan titkolnák a nők előtt, amit tudniuk kellene. Talán mert az orvosok többsége férfi.” „Fogalmam sem volt. Tökéletes módon bevitettek engem az erdőbe és tökéletes módon sikerült egy medikalizált valamivé válnom a kilencedik hónap végére. Tökéletesen elhitették velem, hogy majd a doktor bácsi megmondja és én az orvostól vártam azt, hogy minden rendben lesz.” „Feltételeztem, hogy mindenki a legjobbat akarja, és nem az én dolgom azon agyalni, hogy mi hogy legyen majd. Pedig baromira nem így van, abszolút az én dolgom lett volna.”

Ezzel a „nem tudásra” vonatkozó önminősítéssel párhuzamosan jelenik meg a narratívákban az ösztönös női tudás motívuma, ami egyszerre felhatalmazza és megfosztja a nőt a szülés feletti kontroll lehetőségére/től, illetve legitimálja az

¹⁰ Jellemző motívum a tudás felelősségének külső autoritásokra való átruházása.

¹¹ 51 a 83-ból.

elmélyült tájékozódás hiányát. „Nyilván tudtam, hogy tudok jól szülni, ha békén hagynak. Az én testem tökéletesen működik egy szüléshez, csak ne nyúljanak hozzám, hagyjanak békén, meg az magától is.” A női tudásba vetett hitre vezetik vissza azt az általános, szinte az össze megkérdezettre igaz elvárását, hogy minél kevesebb beavatkozással és természetes úton szülhessenek, amit azonban elsősorban a császármetszés vagy egyéb rossz emléké beavatkozás elkerülésének vágyával magyaráztak. „Beavatkozásmentesen, és főleg ne császárral, mert a női és a magzati szervezet erre van kialakítva, működik magától is.” „Féltem a beavatkozásoktól, főleg a gátmetszéstől, kórházfóbiám volt egy gyerekkori műtét miatt.” A vágyak és elvárások sokkal inkább vonatkoztak valaminek az elutasítására, elkerülésére, mintsem valaminek a megélésére, megvalósítására: „nem tudtam, hogy milyen beavatkozások vannak. A barátnőim meséltek. Azt mondtam, hogy én így biztosan nem fogok.”

Azok a nők, akik eljutottak a dűlaválasztásig, két lépcsőben kérdőjelezték meg azt a bevett gyakorlatot, ami a szülést a medikalizált gyógyító rendszer részeként értelmezi. Vagy már az első várandósságuk előtt/során találkoztak – véletlenül vagy tudatosan – a szülésre való felkészülés alternatív útjaival, s ezek a találkozások erősítették meg őket a saját testük működésébe vetett hitben, vagy saját – jó vagy rossz – szülésélményük után jutottak el ugyanide. A posztmodern szüléskultúrával való találkozásnak számtalan formájáról beszámoltak interjúalanyaink, de a legjellemzőbben kismamajogán, hordozási tanfolyamon, a Születés Hetén¹² vagy ismerősök ajánlásain keresztül kerültek kapcsolatba az alternatívnak nevezett szemléletmódokkal és gyakorlatokkal. Néhány kivételtől eltekintve ezeken a csatornákon keresztül ismerkedtek meg a dűlával, s a dűlával való közös felkészülés vezette el őket vágyaik és elvárásaik tudatos megfogalmazásához.

A dűlaválasztás motivációi

Mintánk közel felében már az első szülésükhöz is kértek fel dűlát a nők (22 főnek csak egy gyermeke volt, 19 pedig valamennyi szülése alkalmával kért föl dűlát). Ezen édesanyák körében rendkívül jellemző volt még dűlaválasztásuk előtt a kórházi ellátással szembeni bizalmatlanság, ami kevésbé jellemezte azokat, akik nem az első várandósság alatt fordultak dűlához. „A magyar kórházak állapota, az infrastruktúra siralmas, rémisztő oda bemenni. Nem a dolgozókkal van baj, ők teszik a dolgukat, de a körülmények borzasztóak, mindenki ki van égve, igyekeznek túllenni a feladaton.” Közülük összesen három nő ismerte a dűlák tevékenységét még a várandóssága előtt, a többiek mind a várandósság alatt kerültek kapcsolatba velük a fent említett, ám összességében rendkívül sokféle csatornán keresztül. A leglényegesebb kérdés, hogy miért döntöttek úgy, hogy annak ellenére, hogy a dűlafogadás további anyagi terhet jelent a családnak,¹³ felkérik őket szülésük kísérésére. Az elsőszülők (41 fő) körülbelüli felének motivációjában jelennek meg legmarkánsabban az alternatív szüléskultúra alapértékei, amelyek a természetes szülés vágya, az autonómia iránti

¹² A Születés Hete több mint másfél évtizede megrendezett országos ismeretterjesztő, kulturális és szakmai rendezvénysorozat, amely a szülés-születés témakörét a legszélesebben értelmezve nyújt programokat mind a szakemberek, mind a nagyközönség részére.

¹³ Az ár, amiben a dűla a családdal megegyezik, többnyire szabott, de egyénileg változó, függ mind a dűla, mind a család személyétől és lehetőségeitől.

igény és a modern szüléskultúra hegemoniájával kapcsolatos ambivalenciájuk hálójában kristályosodtak ki: lelki támogatás, női támogatás, folyamatos támogatás, információ, normális szülés, biztonság. Az első négy eszközértékként jelenik meg a normális szülés mint célérték eléréséhez, amelyek együttesen vezetnek a biztonságérzethez. Ezek a területek egyszerre jelentek meg a narratívákban, mint összefüggő, egymást támogató, egymást kölcsönösen feltételező értékek.

A testi-lelki, a női és a folyamatos támogatás igénye alig-alig válik szét a narratívákban: „úgy gondoltam, hogy kell egy női támogatás a készüléshez, a szüléshez, meg utána is, nem elég a férfi energia ott mögöttem, egy férfi nem biztos, hogy ezt érzi és látja, hogy mi az, ami pontosan, ami kell”. A szülés női ügyként való értelmezése problematizálja az apa és a férfi orvos szerepét, de az anyák egyrészt jellemzően törekednek is rá, hogy szétválasszák a feladatköröket, másrészt a kérdést a tudás problémájaként kezelik. „Először nem igazán értettem, [hogy a dűlával szűlő ismerős nők] miért nem csak a férjükkal születtek, meg hogy az mire jó, minek kell még valaki oda. Aztán rájöttem, hogy abszolút más feladatköre van, mert a férj nem tud úgy segíteni, mint egy nő.” „Nekem kellett az orvosi biztonság, de az összes szülész orvos, akit ismertem, férfi, s hát egy férfi nem érzi azt, amit egy nő, nem tud női fejjel gondolkodni, de nem is az a dolga.” A női és lelki támogatás igénye a sorstársközösség-élmény iránti vágygal is társul: „Szóval egy orvos nyilván tudja, hisz’ szülész orvos, tudja, hogyan születik, de nem ugyanúgy tud hozzáállni egy nőhöz, mint valaki, aki átélte, aki végigcsinálta.” „Jólesett neki elmesélni, ezeket elmeséltem a férjemnek is, de más volt egy nőnek, meg egy olyan nőnek, aki szült már, meg aki szeret a szülésről beszélni.”

A fizikális támogatás, testi felkészítés és kondicionálás mint elvárás a dűlakkal szemben jellemzően a lelki jólléttel összefüggésben merült fel az interjúkban, masszázs, alternatív fájdalomcsillapítás, támasztás formájában. „Testi-lelki támogatást. Úgy képzeltem, hogy ugye egyrészt ő ismeri a folyamatokat, és ezért ő, egy ilyen állandó tájékoztatást tud adni tulajdonképpen magamról, de mégis a szülés folyamatáról, és fájdalomcsillapítást is reméltem tőle, masszázst, és kismama masszázusra is jártam hozzá, szóval az ilyen testi dolgok könnyebbé tételét vártam tőle, amitől jobban érzem magam. Ugye az ilyen lelkit. Azt talán kevésbé, abban többet adott, mint gondoltam.”

Az információ igénye négy területen jelent meg az interjúkban: a várandósság során, a felkészülésben, a kórházi gyakorlat aktuális értelmezésében és a posztnatális időszakban. A várandóssággal kapcsolatos és a szülés lehetséges velejáróiról szóló információkat a dűlák rendszerezetten, egyénre szabottan nyújtják, ám ezeknek jelentőségét az anyák többnyire csak utólag mérték föl: „Jártam egy kórházi szülésfelkészítőre is, de ott nagyon szelektált információkat kaptam, abszolút a kórház és a beavatkozások előnyeit ecsetelték csak, a rendelésen meg nem volt idő kérdezni, meg hát azt sem tudtam, mit kérdezzek. P. [a dűla] meg beszélgetett velem, sokat, és abból derült ki, miről érdemes még beszélni. Igazából mindent tőle tudtam meg, mindent, ami fontos.” Az információ és az érdekképviselő igénye erősen összefonódott: „Előzetesen ezt is megbeszéltük a M-val, ezt vártam tőle, hogy segítsen nekem, ha valamiben döntést kell hoznom, őt kérem meg, hogy magyarázza el. Az ember ilyenkor módosult tudatállapotban, nem biztos, hogy úgy jut el minden, és ez is

működött.” „Úgy éreztem, hogy a doktor úr, mégiscsak az ő fejében megvan egy protokoll, ami szerint ő menni fog, és nem tud dűlaként jelen lenni, meg nem is akar, és úgy éreztem, hogy akkor ki vagyok szolgáltatva a rendszernek, hogyha nincsen dűlám. Tehát egyedül kevés vagyok, hogy én egyedül képviseljem azt, hogy mi az, amit én akarok, és mi az, ami nekem jó, meg én nem is tudom annyira, mint egy dűla tudja, hogy mi jó nekem.”

A megkérdezett anyák körülbelül kétharmada a dűla támogatását megerősítésként várta el és értelmezte, amelyben hangsúlyos a saját döntés meghozatalának igénye. „Azt éreztem, hogy V. tényleg mellettem van, és abban támogat, amit én szeretnék, és nem abban, amit rám akarnak erőszakolni. Elmond pro és kontra érveket, én döntök és alkalmazkodok, és nem befolyásol, meg semmi”. „A dűlak is, nem megmondják, hogy te mit csinálj, mit érezz, hogy csináld, hanem maximum kicsit terelgetnek, de nem mondják ki, hogy ez rossz vagy ez jó, hanem támogatnak.”. Ugyanakkor gyakori,¹⁴ hogy a medikalizált szűléskultúrában az orvosra hárított döntési felelősség a megkérdezett nők körében áthelyeződik a dűlára, vagy meg kívánják osztani vele (39/83), bár ezt ők maguk szintén megerősítésként értelmezték, illetve a szűlés természetének tulajdonították: „Azt vártam, hogy ne az legyen, amit az orvos mond, hanem próbálgon alternatívát mondani, hogy mit miért nem szűkséges, mi lehet a következménye, és segítsen dönteni.” „Meg valamilyen szinten megerősítést, hogyha például megkérdezik, hogy szeretne-e burokrepesztést, akkor hogy mit mondjak ebben a helyzetben, hogy szerinte jó lenne-e vagy sem, hogy látja, fáradok-e, van-e szűkség rá, szűlés közben nem biztos, hogy el tudom dönteni. Ilyesmik.” A döntésben, illetve az orvosi beavatkozások elkerűlésében való segítség elvárása annak ellenére jellemző, hogy a dűlak kompetenciája egyik helyzetre sem terjed ki. „E. megosztott velem olyan szakmai dokumentumokat, amik leírták az ő vállalásait, ő szerződésbe foglalta kettőnk között, hogy mi az, amiben engem tud segíteni, mi az, amiben nem tud segíteni. Egyszerűen csak úgy vállalhat felelősséget, hogyha arról tájékoztat, nem tudom, egészségügyi kérdésekben nem hozhat döntést helyettem, tehát, hogy én ezekről nagyon-nagyon komoly és alapos tájékoztatást kaptam, szóban is és írásban is az E-től.”

Az érdekképviselő tehát általában a normális (azaz beavatkozásoktól, mesterséges megoldásoktól mentes) szűlés megélése lehetőségének keretében kap értelmet, amit a medikalizált szűlésvezetéssel állítanak szembe. „Tehát, hogy... mondom, nekem nem ez a mániám, hogy én ott így húú, de természetes vagyok, ezért aztán semmilyen kórháznak a közelébe se megyek, csak az volt a világos, hogy van, amit jó egy kórházban csinálni, mint egy vérvizsgálat, mert azt korrektűl megcsinálják, de hogy mondjuk szűléskísérést nem tudnak Magyarországon csinálni kórházban. Ilyen, hogy szűléskísérés nincs. Sajnos még a legalternatívabb, meg ilyen-olyan kórházakban sem tudnak ilyet, egész egyszerűen azért, mert tiltja őket a protokoll. Nem azért, mert szakmailag nem tudják megcsinálni, nem azért, mert emberileg nem szeretnék megcsinálni, hanem köti őket a protokoll. Ez a helyzet. És ezt senki nem mondja ki, de ez így van.” „Elsősorban nekem a tudás volt nagyon hasznos, ami bennük [a dűlakban]

¹⁴ Összességében az esetek valamivel kevesebb mint felében jellemző, mivel többen azok közül is megfogalmazták a döntésben való segítség elvárását, akik máskűlönben fontosnak tartották annak lehetőségét, hogy önálló döntést hozzanak a testűket, illetve gyermekűket érintő kérdésekben.

megvan, meg ahogy ismerik a protokollt, a kórházi szokásokat, mindent, és azzal szemben is tudnak engem képviselni.” „Meg a természetes fájdalomcsillapításban való segítséget vártam, annak a megoldását. El akartam kerülni a mindenféle mesterséges fájdalomcsillapítót, gyógyszeres fájdalomcsillapítást, amiben nagyon sokat tudott segíteni.”

A tárgyalt értékek érvényre juttatása a biztonság kategóriáját keretezi interjúalanyaink számára: „Hogy abba a kórházi, monoton közegbe, futószalagos közegbe legyen valaki, aki csak miattam van ott, és ha nem csinál semmit, akkor is ott van, és egy pillanatra sem hagy egyedül. És tudom, hogyha szükségem van rá, megfogja a kezem, támogat, biztat, közvetít.” „Tudtam, hogy az ad majd biztonságot, ha van velem valaki, egy olyan női támogató, aki engem képvisel, amikor én nem vagyok rá képes.” A kórházi ellátásba vetett bizalom függvénye, hogy a dúlát a szülő nő támogatói körének tagjaként vagy a szakszemélyzet ellenpólusaként értelmezik (utóbbira már több példát láthattunk): „Azért választottam [dúlát], mert azt gondoltam, hogy talán az első szüléssel, az első gyermek születésekor természetesen adódó bizonytalanságokat úgy fogom tudni kiküszöbölni, és saját magam számára egy nagyon nyugalmas szülési környezetet kialakítani, ha megvan a csapatom. Ha pontosan tudom, kik lesznek ott, kiknek a segítségére tudok számítani, így a választott orvos, a választott szülésznő meg a férjem mellé jött gyakorlatilag negyedik biztos pontnak, hogy van egy dúla, akivel szülés előtt is többször találkoztunk, ismeri a körülményeinket, a gondolkodásunkat. Ez egy ilyen biztonságérzetet adott nekem.”

Mint a fenti interjúrészletben is, rendre végigkíséri az elváráshorizontot a személyre szabott gondoskodás vágya: „A-val nem csak a gyakorlati dolgokról beszélgettünk, hanem rólam mint emberről, a családkról, a múltunkról, anyukámról, az én születésemről, a gondolataimról, szóval valamennyire már tényleg megismer, mire a kórházba jutunk, nem egy vagyok a sok közül, hanem az az egy.” Ez néhány esetben kiterjed a férfitársra is, de ahhoz képest, hogy más kutatásokban ezt a motívumot – retrospektív módon – az egyik legfontosabb értéknek jelölték meg a megkérdezett édesanyák, saját mintánkban az elvárások vagy az értékelések között csak elvétve jelent meg.¹⁵ A folyamatos támogatást is a személyre szabott gondoskodással összefüggésben értelmezték interjúalanyaink, ami egyfelől a teljes perinatális életidőben való jelenlétet és potenciális tudásháttért jelenti, másfelől a vajúadás és a szülés során a valós időben való konkrét jelenlétet. „A dúla az, aki ott van előtte, közben meg utána is, aki mindig rendelkezésre áll, akitől mindig tudsz kérdezni. Az orvos ott van előtte meg akkor, meg nyilván utána rád néz, a szülésznő ott van közben, de aki utána is ott van, az csak a dúla.” „A szülésznőt nem bérelheted ki akkor sem, ha felfogadod, ő akkor is az osztályán van, kötelezettségei vannak, nem tud csak rád figyelni, de a dúla tényleg mindig veled van, neki semmi más dolga nincs, csak te, és ez akkor iszonyú fontos. Amikor épp nem szül az ember, nem érti, miért kell ez, de amikor szülsz, egészen más minden, akkor megérted.” A folyamatos támogatás mindkét értelmezése a biztonságérzés megteremtését célozza.

¹⁵ Koumouitzes és munkatársai (2006) egy amerikai vizsgálatában például a dúlával szült nők pozitív tapasztalataik között első helyen említették a férj kétszintű támogatását: a segítségnyújtást abban, hogy a férfi hogyan tudja segíteni a nőt a vajúadás és a szülés során, és közvetlenül a férj támogatását (étel-ital, pihenőidő biztosítása, információ nyújtása).

Várható volt, hogy akik egy saját szűlésélmény után választottak dűlát, másféle motivációkkal rendelkeznek, mint az elsűszűlűk. Ezekben az esetekben elsűprű többségben voltak azok, akik megelőzű szűlésűket negatív élményként élték meg. Voltak, akik kifejezetten traumatizálű eseményként beszéltek a szűlésűkrűl, s voltak, akik inkább csak csalódásukat fejezték ki. Az elsű csoport többnyire nem a szűlés gyakorlati kimenetelét problematizálta, hanem a szakszemélyzet hozzáállását, utóbbi csoportban pedig többségben voltak azok, akik természetes szűlésre készűltek, de végűl császármetszűssel hozták világra gyermekűket. „Legyen egy olyan személy, aki kompetensen tudja képviselni azt akár saját magammal szemben is, amit elűtte megbeszélűnk. Mert biztos voltam benne, hogy a férjem befekszik az orvosok alá teljesen. Őt halálra tudják rémiszteni, úristen, most kell oxitocin, meg akkor most elvisszűk császározni. Holott az elsű szűlésem után világos volt, hogy a beavatkozások kilencven százaléka azért volt, mert meg akarták gyorsítani a szűlést, vagy mert pénzt kap érte a kórház. És amit ott lehetett, azt megcsináltak velem, epidurális érzéstelenítés, oxitocin, kézzel tágítás, fájás közben tágítás, abszolűt sunyi módon, burokrepesztés. És hát nyilván semmirűl nem tájékoztattak elűre, annyira kiszolgáltatott voltam közben, ja, hasba könyöklés, borzasztű élményem volt, és sokáig tartott, míg ezen túlléptem és rájűttem, hogy nem volt ez normális. És azt akartam, hogy legyen valaki, akinek ha azt mondom, hogy figyelj, adjál inni, akkor nem az a kérdés rá, hogy szabad-e innom, hanem elűveszi a palackot és megitat, vagy belenyom egy kocka csokit a számba, ha éhes vagyok, titokban, igazából ilyesmik kezdtek el vezérelni.” „Nem volt egy horror vajűdás, de lassan haladt. Aztán minden elűzmény nélkül közűlték, hogy most mennek egy nagy műtűtre, úgyszer ezt gyorsan megcsináljuk, és vittek császározni. Semmi beleszólásom nem volt.” „Az volt a legfontosabb, hogy olyan emberek legyenek mellettem, akikben megbízhatok. Ugye mert az elsű szűlésnél sérűlt a bizalom, az orvosban meg a kórházban.”

Az elsű szűlés(ek) tapasztalata a megkérdezett nűk esetében mindig okként szűlgált a jobbnak, teljesebbnek, kielégítűbbnek, illetve a normálisnak tekintett szűlés lehetőségének keresésűre, amit több esetben a korábbi szűlésélmény feldolgozásának vágya hajtott. Ez az útkeresés vezette el űket a posztmodern szűléskultűrához, így tehát az út, ami a dűlákig tartott, magának a holisztikus szűlésmodellnek a felfedezése és megismerése. „A másodiknál már sokkal nagyobb hangsűlyt fektettem a lelki felkészűlésűre, hogy megértsem azt, hogy az elsű szűlésem alatt mi volt az, ami engem gátolt abban, hogy aktív résztvevűje legyek a saját szűlésemnek. Igazából élményként inkább passzivitást élttem meg az elsű alkalommal, és másodjára ezt nem akartam. Akkor már azzal is tisztában voltam, hogy a lelki része ennek a dolgoznak nagyon fontos ahhoz is, hogy a fizikai része megfelelő legyen, ne legyen probléma, ne legyen komplikáció.”¹⁶ Tűbben az otthonaszűlés lehetőségűre találtak rá ebben az útkeresésben, ahol a dűla természetes tagja a szűléstámogatásnak. „Azt tudtam, hogy még egyszer nem akarom ezt átélni. Akkor találtam rá Á-ékra, az otthonaszűlésnél meg jár a dűla.” „Az elsű kórházban szűletett császárral, a második dűlával, akkor sikerűlt megűszni a császárt, a harmadik otthon. Lassan tanultam meg, mit jelent egy babát világra hozni. Sajnálom, hogy ezt így kell megtanulni.” Azok, akik több gyermeket szűltek, a tapasztalataikból tanulva egyre szélesebb körű célokat fogalmaztak meg:

¹⁶ Az édesanya maga is orvos.

„Az elsőnél császárt nem akartam, a másodiknál burokrepszést sem, a harmadiknál semmilyen beavatkozást.”

A dúla tevékenységének utólagos értékelése

A dúlai támogatás utólagos értékelése minden esetben határozottan pozitív volt („persze!”, „nem kérdés!”, „abszolút!”, „csak dúlával szabadna szülni!”)¹⁷ függetlenül attól, hogy kórházi vagy otthoni szülésről volt-e szó, hogy a dúla végül bent lehetett-e a szülésnél, hogy mennyire tudatos keresés eredménye volt a dúla, illetve hogy volt-e olyan momentum, amit kifogásolt a dúla tevékenységével kapcsolatban.¹⁸ A többség (74 fő) úgy érezte, azt kapta a dúlájától, amit várt, ám sokan voltak a kórházban szülők közül, akik a dúla érdekképviseleti lehetőségét felnagyítva azt várták, hogy a dúla az anyát az egészségügyi szakszeméllyel, illetve a kórházi protokollal szemben is képviselje, s néhányan utólag is problémaként értelmezték ezen elvárás nem teljesülését. „Hát ez volt, amit meséltem. A köldökszinór elvágásánál, hogy nem mondta, én nem láttam, hogy akkor ott ne szorítsák el, ne vágják el azonnal. Ja, meg elvitték, az aranyóra. úgy volt aranyórámm, hogy elvitték a gyereket pár percre megmosni, de hát akkor is elvitték, és én ezt úgy éltem meg, hogy szó nélkül elvitték. Nem emlékszem, hogy szóltak volna. Esetleg annál úgy mondhatta volna, hogy ne vigyék, nem tudom..., esetleg.” „Hát például az volt, hogy igyekezett kívülálló, kívülálló maradni. Így hiába volt meg a szakmai tudása, nem szólt bele dolgokba, persze ez valamilyen szinten érthető, csak hogy mivel én nem vagyok olyan tudatállapotban, nem tudok szólni, akkor esetleg ő szólhatott volna, de ezt így előre nem beszéltük meg. Például itt a köldökszinór elvágásánál, például.”

Valamennyi magyar dúlaszervezet etikai kódexe (Nyitrai 2021, 61-66) – a nemzetközi normáknak megfelelően – kimondja, hogy a dúla nem ad tanácsot orvosi kérdésekben, és nem dönt az anya helyett. Belső szabály gyanánt ezeket a határokat a dúlák tisztazzák az anyával, amit több interjúalanyunk pozitívumként kiemelt, ugyanakkor ketten éppen e kompetenciahatárok pontos tisztázásának hiányát említették kritikaként. Többen szerettek volna jobban a dúla tanácsaira hagyatkozni: „Talán több dolgot inkább nekem kellett kérnem, hogy mire van szükségem, és abban segített. Kellett vizes ruha a homlokomra, és kértem, nem úgy magától. Vagy mondjuk fáj a derekam, és én kértem, hogy masszírozzon, inkább nekem kellett mondani, mire van szükségem, és abban segített, de nem így magától.” Néhányan a hasonló kifogásokat emelő nők közül értették ugyan a dúla motivációit, de nem fogadták el: „Az első dúlámtól azt vártam volna, hogy tök őszinte lesz, és képbe hoz ezekről az íratlan kórházi protokollokról, és haragszom is rá a mai napig, hogy ez nem történt meg. Egyszerűen nem vállalta be. Tehát egyszerűen, hogy mondjam, nem akart összeveszni a kórházzal, neki fontos volt az, hogy ott nem tudom, praktizálhasson, meg ne utálják ki, tehát ő mindig nagyon diplomatikusan fogalmazott ezekkel a dolgokkal kapcsolatban, és egyszerűen nem mondta meg, hogy figyelj, ez így van. Ahogy az orvosom se, mondom. Tehát, hogy mindenki védte a mundér becsületét.”

¹⁷ Amikor az interjú végén azt firtattuk, hogy most örül-e annak, hogy dúlával szült/dúlát fogadott.

¹⁸ Amikor konkrétan arra kérdeztünk rá, hogy volt-e a vajúdas vagy a szülés során olyan, amit várt a dúlájától, de nem kapott meg.

Volt, aki a probléma megfogalmazása után maga talált magyarázatot a dúla viselkedésére: „Ez ilyen ambivalencia, merthogy a dúla abban segít, amiben te szeretnéd, de hogy sokáig azt gondoltam, hogy a dúlának abban kell segíteni, hogy én kitaláljam, hogy mit is szeretnék. De hogy egy dúla abban tud segíteni, most, hogy így beszélgetünk, ami már készen van, ami már bennem megfogalmazódik.” Az egyik édesanya a dúlák lehetőségeit rendszerszinten, a modern szüléskultúra kritikájaként értelmezte: „A dúlás szülés akkor lehetne jó, ha a kórháznak normálisabb lenne a hozzáállása, tehát ha a dúla tehetné, ami tényleg a dolga, ami a folyamatos jelenlét, a folyamatos támogatás. De amíg ilyen szülészeti erőszakról¹⁹ beszélünk, addig ez kicsit visszás, hogy ott van a dúla, ennek a szemlélője, és végignézi, hogy a kismama traumatizálódik. Ebben úgy érzem, hogy kell változni.”

Ketten fejezték ki abbéli csalódásukat, hogy a dúla a posztnatális időszakban nem vett intenzívebben részt a család életében, de az interjú során fel is oldották e disszonáns érzésüket: „Tulajdonképpen a támogatás, de úgy, hogy nem szólnak bele a folyamatba, hanem megpróbálják afelé terelni, hogy ha elakadok, abból ki tudjanak mozdítani. De az én ösztöneimnek kell saját magamnak engedelmeskedni. Tehát nem az van, hogy rám erőltetnek egy akaratot, mert ezt így kell csinálni, mert így jó, hanem kibontakoztatják belőled az életet. Aztán magadra hagynak, hogy kezdjél valamit az élettel, ami végül is jó. Én többet igényeltem volna, de ez valószínűleg az én személyiségemből eredő bizonytalanság volt akkor.” Az egyik édesanya – aki az első szülése után maga is elvégzett két dúlaképzést – arra mutatott rá, hogy a dúla tevékenységének értékelése, elfogadása nagyban függ attól, hogy az anya hogyan szocializálódott: „Igen, tehát hogy mi juttat el minket oda, hogy milyen személyiségek vagyunk, szerintem az a neveltetésünk kérdése is [...]. Tehát a személyiségünkhöz hozzátesz az, hogy hogyan nővünk fel, és az, hogy el tudjuk-e fogadni azt, hogy szeretve vagyunk, hogy kiszolgálják, tehát azért az élet természetes velejárója, hogy vannak helyzetek, amikor, amikor elfogadhatjuk másnak a segítségét meg a szeretetét. És hogy ez egy szülésben, a szülőnő az szeretve, na jó persze, meg tud szülni egyedül is, de ez egy sérülékeny időszak, ahol nagyon jó az, hogyha olyan emberek vesznek körül, akik ezt tudják, és akik szeretve támogatnak.”

A kórházban szülők közül azok, akik csak a pozitívumokat emelték ki a dúlai támogatással kapcsolatos élményeikből, döntően neki (csak neki vagy neki is) tulajdonították pozitív szülésélményüket, s jellemzően elvárásaik teljesülését hangsúlyozták. A megelégedettség forrásai között a legjellemzőbb motívum annak megélése volt, hogy az anya úgy érezte, a szülés során önmaga lehetett: „Mert én azt gondolom, hogy a dúla tud olyan segítségeket adni egy szülés alatt, amik apróságoknak tűnnek, de én azt gondolom, hogy olyan kiszolgáltató helyzetben, ami egy szülés, azok az apróságok jelentik a legtöbbet, egyrészt, másrészt azért, mert hogy van egy ember, tulajdonképpen aki melletted áll mindig. És feltétlenül ad egyfajta elfogadást, amit nagyon gyakran a kórházi személyzet nem ad meg, és én azt gondolom, hogy ez az elfogadás nagyon fontos ahhoz, hogy egy szülés jól és gördülékenyen tudjon menni.” „Hogy nem kell vakon utasításokat követnem, mindig pont annyit segített, amennyit kellett, és így ment szépen minden. Az elsőnél nem így

¹⁹ Amikor az anya tudta vagy beleegyezése nélkül végeznek a testen egészségügyi beavatkozásokat. Bővebben lásd Garai, 2016.

volt, akkor megszülesztették a kisfiamat.” „Hát ennek tulajdonítom, hogy ilyen jól alakult a szülésem, hogy egyáltalán hüvelyi úton sikerült szülnöm császár után. Mindenképpen a dűlának és a vele való találkozásnak köszönhetem, meg amit tőle tanultam, ahogy ő segített abban, hogy úgy tudjak szülni, ahogy nekem jó. Ennél többet nem is vártam, ez a maximum.” Sokan az információk hasznát, a dűlától kapott felkészültséget és a kórházi érdekképviselőt emelték ki: „Én úgy gondolom, hogy egy dűlának lehet fontos szerepe egy szülésnél, de most pillanatnyilag Magyarországon ez az információátadás a legfontosabb. Ebben lehet úttörő szerepe a dűlának.” „A kórházban nem volt, aki képviselje az én álláspontomat, amit én szeretnék, és egyedül a dűla volt az, aki úgy éreztem, hogy mellettem van, jó, hát a férjem is mellettem volt, de hát. Aki úgy van mellettem, mint nő, meg tapasztalt nő, meg ismeri a szülés folyamatait, és így tud engem támogatni. És ott kellett is, hogy támogasson, mert a kórházban kicsit másképp gondolkodnak, mint ahogy én gondolkodok, és egyedül a dűla tudja, hogy hogyan szeretném én a dolgokat. És ott kellett valaki, aki ezt képviselje, mert nem volt más.”

Azok, akik a dűlával való megismerkedésük után maguk is dűlának tanultak, az új életcél jelentőségét emelték ki. Néhányan a szülés feldolgozásában való részvételét hangsúlyozták, megint mások megerősítő hatását tartották a legjelentősebb segítségnek: „Megtanultam bízni magamban, hogy ne másokra hagyatkozzak, hogy képes vagyok megszülni egy gyereket. És ez nem csak erre igaz, hanem az egész életvezetésemre, a terveimre, sokkal magabiztosabb lettem, mert ő ebben tudott nagyon jól támogatni.” Noha az otthoni szülésekben játszott szerepéről is pozitívan nyilatkoztak interjúalanyaink, itt távolról sem kapott akkora hangsúlyt a dűlai támogatás, mint a kórházi szüléseknél, lévén az otthoni szülés esetében a folyamatos támogatás és a háborítatlan szülés biztosítása alapkövetelmény.

A dűlaválasztás biopolitikai és tudáspolitikai dimenziói

Interjúalanyaink akkor, amikor a dűla felkérése mellett döntöttek, a szülészeti ellátás jellegéből és infrastrukturális feltételeiből adódó úrt igyekeztek kitölteni, és a szülés emocionális oldalának támogatását a saját maguk számára biztosítani, lévén a szülésznő kórházi feladatai szinte lehetetlenné teszik a folyamatos jelenlétet, illetve munkája egészségügyi kérdések észlelésére és ellátására is kiterjed, az orvos pedig kifejezetten a fiziológiai folyamatokra koncentrál. A dűla viszont kizárólag azért van jelen a vajúadás és a szülés során, hogy a szülő nő egyéni igényeinek eleget tegyen, főként hogy már ismeri személyes körülményeit és esetleges félelmeit, vágyait, illetve hogy a folyamatos megerősítés által „bent tartsa” a szülés folyamatában (vö. Gilliland, 2002; Simpson, 2012; Lundgren, 2012; Bohren et al., 2017; Lunda et al., 2018), továbbá, hogy fizikai támogatást nyújtson. Az az igény, amely a páciens lelki szükségleteinek kielégítését igényli a testi működés kontrollálása mellett, már megjelent az orvoslás egészén belül, ám a szülés esetében az alternatív szülésmozgalmak demedikalizációt követelő érvelése következtében az is kérdésessé vált, hogy a mérhető kockázatok nélküli várandósságot követő szülés miért sorolódik az orvoslás égisze alá. A dűlák tehát a posztmodern szüléskultúra azon mondanivalóját

(is) képviselik, amely a szülést alapesetben nem orvosi, hanem szociális eseményként értelmezi. Ez a biopolitikai keretezés a szülés feletti kontroll hatalmi normarendjét rajzolja át.

A mintánkba került nők többsége egy tapasztalati és/vagy eszmei út bejárása után jutott el a dúlaválasztásig, mert korai ismereteiket akkor vagy utólag nem tartották kielégítőnek. Az első anyaság előtti információhiányt a szüléssel kapcsolatban a tudás elosztásának társadalmi egyenlőtlenségére vezették vissza, amely egyben legitimálja is az ismerethiányt: a tudásalapú társadalmakban a külső autoritásokra, a szaktekintélyre való hagyatkozás kulturális normaként értelmeződik, ami a medikalizáció 17. század óta tartó folyamatában az egészségügy kérdéseiben rendkívül mély gyökereket vert. Ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy Európában a politikai hatalom a 18. század óta felismerte a biopolitikában rejlő lehetőségeket a társadalom feletti kontroll megerősítésére (Foucault, 1996), s az asszisztált reprodukciós technológiák kiterjesztésével, illetve az abortusz kérdéséhez kapcsolódó döntésekkel fenntartja ma is, akkor nem csodálható, hogy a szülés módja felett is régóta igényt tart az ellenőrzésre. Foucault amellett érvelt, hogy a modern társadalomban – és hozzátehetjük, ma is – a fegyelmező hatalom a diskurzus feletti kontrollban nyilvánul meg, ami tehát megszabja, hogy miről hogyan gondolkodunk és beszélünk. Ez a társadalmi diskurzus, ami a szülés esetében a 18. századtól részben az állam, s lassú átmenettel részben az orvosi hatalomhoz kapcsolódik, meghatározza, hogy a saját élmény megtapasztalása előtt és gyakran utána is – hiszen a normák, amelyeket rítusokkal erősítünk meg, egy bizonyos kognitív mátrix szemszögéből engedik csak látni a világot (Davis-Floyd és Franklin 2005, 12-13) –, hogyan gondolkodunk a szülésről.

Ezt a ráhagyatkozást azonban a későmodernitásban az információhoz való hozzájutás mértéke alapján felülírja az autonómia iránti igény, amely a szülés esetében termékeny talajra talált. A reprodukív autonómia²⁰ éppen a test feletti autonóm kontrollt hivatott biztosítani, amely – miként arra Tari Gergely a test medikalizációját és kulturális felügyeletét elemző disszertációjában (2020) rámutat – a modern szüléskultúrában az intézményi beágyazottság miatt óhatatlanul csorbát szenved. A kórházi hierarchia, a kórházi protokoll, a helyi szokások és a sokszempontú, mindenkire kiterjedő megfelelési kényszer nem engedik érvényre jutni az egyéni elképzeléseket. A szüléstapasztalatok aztán – függetlenül attól, hogy jók vagy rosszak – kétféle irányban erősíthetik meg az elvárásokat: vagy tovább mélyül a tudomány letéteményesének tekintett, intézményes keretek között működő szaktudásba vetett bizalom, vagy új legitimációk lépnek érvénybe. Az első esetében kevés jelentősége van az autonómia iránti igénynek, a másodikban felértékelődik ez az elvárás. Ez a leegyszerűsítő séma a valóságban persze jóval összetettebb szerkezetben jelenik meg, ám alapvetően vagy továbbra is megbízik a nő a medikalizált rendszerben (mert a

²⁰ A reprodukív jogokat az „1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről” tartalmazza: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>. A reprodukív autonómia a nők és a férfiak azon jogaira utal, amelyek döntési szabadságukat biztosítják a gyermekvállalással összefüggő egzisztenciális kérdésekben (Purdy, 2006, idézi Tari, 2020, 176). Ezen jogokat hazánkban az egészségügyi törvény garantálja, amely többek között a tájékoztatáshoz való jogról (ami a tájékozott beleegyezés feltétele), az önrendelkezés jogáról, az egészségügyi ellátáshoz való jogról, az emberi méltósághoz való jogról, a kapcsolattartási jogról és az ellátás visszautasításáról szóló jogról szól.

szülés módja nem ütközött előzetes elképzeléseivel, vagy éppen mert úgy értékeli, hogy a felmerülő nehézségeket az orvostudomány oldotta meg), vagy új megoldásokat keres, mert a tapasztalata nem találkozott az előzetes elvárásaival, és szeretné saját elképzeléseit érvényre juttatni.

Giddens a későmodern társadalmak jellemzőjeként írja le a ráció, a szaktekintély társadalmihierarchia-szervező elvének megingását, mert a racionálisnak tekintett tudás immáron igazolásra szorul, és úgy tartja, csakis a laikusokkal interakcióba lépő, reflexív intézmények maradnak életképesek (Giddens, 1990, idézi Rényi, Sik és Takács, 2014, 21-22). Az állami fenntartású, intézményi szülészet rendkívül merev és hierarchikus, patriarchális berendezkedése a szülésznők/bábák kompetenciáinak kiterjesztésével, illetve a posztmodern szüléskultúra elemeinek magába olvasztásával képes a reflexivitásra, amely a magánintézmények számára egzisztenciális szükségszerűség, az állami kórházak számára viszont saját szempontjukból kontraproduktív. Az alternatív szüléskultúra a társtudományok eredményeit is beépítő új tudások alkalmazását²¹ és a szemléletbe illesztését kéri számon az intézményesült autoritásokon.

Dominique Memmi (2003) ugyanakkor arra mutat rá, hogy a hatalom diszkurzív felügyelete a reprodukció kérdésében is átalakulni látszik, s az általa *delegált biopolitikának* nevezett folyamat során a hatalom képviselői (állam, orvosok, szaktekintélyek)²² bizonyos kérdésekben átruházzák a döntési jogot a páciensekre (a szülés estében ezeket tükrözik a reprodukciós jogok), ami kiszélesíti a „felhasználó” autonómiáját. Ennek a jogilag biztosított autonómiának a felhasználását szorgalmazzák a dúlák, ami elvben lehetővé teszi, hogy az anya maga gyakorolja a kontrollt gyermeke születése felett – akkor is, ha a kontroll gyakorlása a természetes folyamatok biztosítását jelenti.

Ugyanakkor Memmi delegált biopolitikája úgy tűnik, ezen a szinten gyakran tovább differenciálódik vagy tovább delegálódik, amikor az anya az elutasított rendszer (a medikalizált szülésmodell) autoritása helyett a preferált rendszer (holisztikus szülésmodell) autoritását fogadja, sőt várja el, s a reá delegált döntési jogot megosztja vagy tovább delegálja a dúlára. Míg ugyanis a korábbi diszkurzív felügyelet viszonylag mereven kijelölte az egyén státuszához kapcsolódó szerepét a szülés helyzetében is, így az ontológiai biztonságot a létező referenciapontokhoz való igazodás adta, addig a későmodernitás identitáskonstrukcióját éppen a reflexivitás lehetősége alapozza meg, amely azonban már nem kínál biztos kapaszkodókat. Ráadásul, mivel az egyén szocializációja rendkívül sokrétűvé vált (Lahire, 2012), nehéz egyértelmű keretekre támaszkodni az önértelmezés, az önkifejezés vagy akár a vágyak megfogalmazása során. A szülés esetében a modern szüléskultúrában a nőnek kevés valódi döntési lehetősége van például a beavatkozásokat, a szülési pozíciót vagy általában a szülés minőségét tekintve, de a döntési jog elvi lehetőségét a posztmodern

²¹ Például a szülészeti beavatkozások és a szülés minőségének hosszú- és rövidtávú hatásai a gyermek egészségére, a kötődésre, az epigenetikus és transzgenerációs hatások, amelyeket a szülés módja befolyásol vagy a szülés pszichoemotív hatásmechanizmusai (Hyde et al., 2012; Bell, Ericson és Carter, 2014; Dahlen et al., 2014; Feldman, 2015; Varga, 2019a,b).

²² Memmi eredetileg arról beszél, hogy az állam először az orvosok és szakdolgozók részére enged át döntési jogköröket, majd ezt tovább delegálva a páciensek részére is.

szüléskultúra normarendjét elfogadva érvényesíteni kívánja. Ám mivel a rendszer ezt nehezen teszi lehetővé, a dúlával szülő nők egy része igyekszik e jogot átruházni arra vagy megosztani azzal, aki a kórházban szimbolikusan megjeleníti a posztmodern szüléskultúrát, vagyis a vágyott referenciakeretet. A döntéshozatalban való dúlai részvétel elvárása az otthonszülések esetében egyszer sem jelent meg.

Következtetések

Alapvetően a vizsgálatunkban részt vevő édesanyák elvárásai összekötötték a mentális megerősítésnek és a szülés tudásának a lehetőségét, amit a biztonságérzés feltételeként értelmeztek. A dúla-támogatta szüléstől a megalapozott döntéshozatal lehetőségét várták, amelyre a dúlai felkészítés révén felkészültnek tartották magukat, és hangsúlyozták is ezirányú jogaikat, még ha egy részük a dúlától várta is a reprodukív jogok gyakorlásának biztosítását. A felkészülés során annak a tudásnak igyekeztek birtokába kerülni – és ebben vártak és kaptak támogatást a dúlaktól –, amely a nő számára lehetővé teszi, hogy a szülésről való tudásra ne egy kisajátított és a magasan képzett szakértőkre delegált ismeretanyagként tekintsen, hanem az érintettekkel megosztott, az önképzésre és az önmegerősítésre lehetőséget nyújtó információbázisként.²³ Ugyanakkor a legitimnek elfogadott tudományos tudás szerkezetében is jelentős változásokat hozott a későmodernitás, mert az interdiszciplinaritás követelménye kibővítette (a szülészetten belül éppen bővíti) a szaktudományok referenciakereteit, és tárgyunkban ez a jelenség a feminizmus társadalomtörténeti folyamatára is reflektálva a posztmodern szüléskultúrán belül lehetővé teszi a női látásmód megjelenését. Ez a látásmód a szülés esetében a tanult tudás mellett a tapasztalati tudás felértékelését is megköveteli, s a szülést (újra) női tudásként aposztrofálva újraértelmezi a szülés „tudásának” kérdéskörét, amelyet a perinatális tudományok a pszichoemotív összefüggések feltárásával tudományos alapokra helyeznek (Varga, 2015; Varga, Andrek és Molnár, 2019).

Éppen ezért a dúlák kimondott célja nem a tudás átadása, hanem a *képessé tevés*, nevezetesen arra, hogy a nő a szülés során ne szoruljon külső megoldásokra, irányításra. Ez egybecseng az egyéniség, egyediség posztmaterialis értékének a szülésre is kivetített normájával, amely az alternatívák közötti választás jogát és lehetőségét az önkiteljesedés egyik formájaként értelmezi.

A dúla, aki tehát a posztmodern szüléskultúra alapértékeit közvetíti, részben megerősíti a nőket korábban meg nem fogalmazott és ki nem mondott értékeikben, részben átformálja eredeti szemléletmódjukat a szüléssel kapcsolatban. Az ideális szülés leírásakor jellemző a holisztikus szülésmodell reverbációja, ami az egyéni szemléletmódokat a közös tudás keretei közé tereli, teret és lehetőséget biztosítva a posztmodern szüléskultúra piacának bővülésére. Ugyanakkor nem kétséges, hogy az anyák gondolkodásmódját az egyre differenciáltabb társadalmi diskurzus egyéb terei is

²³ Melender (2006) finn várandós nők körében végzett kutatása is arra világít rá, hogy az érintettek nagyobbra értékelik az olyan szülés lehetőségét, ahol az őket érintő kérdésekre aktívan bevonódhatnak, mint azokét, ahol inkább utasításokat hajtanak végre, mert előbbi javítja, míg utóbbi rontja önértékelésüket.

formálják, így az egyéni változatok megjelenése a standardizálásra törekvő medikalizált rendszer számára befogadhatatlan. A feszültséget, ami az individuális autonómia biztosítása és a hierarchikus intézményi normarend között feszül, a dúlák kívánják feloldani azzal, hogy közvetítőként lépnek föl a két rendszer között. Ezt az anyák megerősítő támogatásként és autonómiájuk védelmeként értelmezik.

Felhasznált irodalom

- Bell, A.F. – Ericson, E.N. – Carter, S.** (2014). Beyond Labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of Midwifery Women's Health*, 59(1): 35-42.
- Bohren, M.A. – Hofmeyr, J.G. – Sakala, C. – Fukuzawa, R.K. – Cuthbert, A.** (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7): No. CD003766.
- Brehmer, B.** (1976). Social Judgement Theory and the Analysis of Interpersonal Conflict. *Psychological Bulletin*, 83(6): 985-1003.
- Camann, W.** (2000). Doulas: Who Are They and How Might They Affect Obstetrical Anesthesia Practices? *American Society of Anesthesiologists Newsletter*, 10: 11-12.
- Dahlen, H.G. – Downe, S. – Kennedy, H.P. – Foureur, M.** (2014). Is society being reshaped on a microbiological and epigenetic level by the way women give birth? *Midwifery*, 30(12): 1149-1151.
- Davis-Floyd, R. – Franklin, S.** (2005). On Reproduction. *Sage Encyclopedia of Anthropology*. Sage Publications.
- Davis-Floyd R. – Pascali-Bonaro, D. – Sagadi-Leslie, M. – Vadeboncoeur, H. – Davies, R. – Ponce de Leon, R.G.** (2011). The International MotherBaby Childbirth Initiative: Working to create optimal maternity care worldwide. *International Journal of Childbirth*, 1(3): 196-212.
- Feldman, R.** (2015). Sensitive periods in human social development, new insight from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. *Development and Psychopathology*, 27(2): 369-395.
- Foucault, M.** (1996). *A szexualitás története. A tudás akarása*. Ford. Ádám Péter. Budapest: Atlantisz.
- Garai M.** (2016). Szülészeti erőszak és kommunikációs bázisa. Elhangzott *Az erőszak és ellenségkép-képzés diskurzív stratégiái és társadalmi gyakorlata* c. konferencián. Magyar Szociológiai Társaság Vidék- és Faluszociológia, valamint a Roma/Cigány Kutatások Szakosztálya, Wesley János Lelkészképző Főiskola, 2016. május 18-19.
https://holdudvar.babahaz.hu/GaraiMixi_Szuleszeti_eroszak.pdf
- Giddens, A.** (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.

- Gilliland, A.L.** (2002). Beyond Holding Hands: The Modern Role of the Professional Doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(6): 762–769.
- Gilliland, A.L.** (2010). *A grounded theory study of effective labor support by birth doulas*. Dissertation, Human Development and Family Studies, University Of Wisconsin-Madison.
https://www.researchgate.net/publication/266609592_A_GROUNDED_THEORY_MODEL_OF_EFFECTIVE_LABOR_SUPPORT_BY_DOULAS
- Gordon, N.P. – Walton, D. – McAdam, E. – Derman, J. – Gallitero, G. – Garrett, L.** (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstetrics & Gynecology*, 93(3): 422-426.
- Greiner, K.S. – Hersh, A.R. – Hersh, S.R. – Remer, J.M. – Gallagher, A.C. – Caughey, A.B. – Tilden, E.L.** (2019). The Cost-Effectiveness of Professional Doula Care for a Woman's First Two Births: A Decision Analysis Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(4): 410-420.
- Hodnett, E.D. – Osborn, R.W.** (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing and Health*, 12(5): 289-297.
- Hodnett, E.D. – Gates, S. – Hofmeyr, J.G. – Sakala, C.** (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf/full>
- Hunter C.** (2012). Intimate space within institutionalized birth: Women's experiences birthing with doulas. *Anthropology & Medicine*, 19(3): 315-326.
- Hyde, M.J. – Mostyn, A. – Modi, N. – Kemp, P.R.** (2012). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews*, 87(1): 229-243.
- Kennell, J. – Klaus, M. – McGrath, S. – Robertson, S. – Hinkley, C.** (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 265(17): 2197-2201.
- Kisdi B.** (2016). Minden dolgok jó kezdete. Jól szülni és jól születni. In: Smid Bernadett (szerk.), *Minden dolgok folytatása. Tanulmányok Deáky Zita 60. születésnapjára* (397–420). Budapest: ELTE BTK Néprajzi Intézete.
- Kisdi B.** (2019). A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elemzése. In: Varga Katalin – Andrek Andrea – Molnár Judit (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (74-89). Budapest: Medicina.
- Klaus, M. – Kennell, J. – Klaus, P.** (1993). *Mothering the Mother*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Koumoutzes-Douvia, J. – Carr, C.A.** (2006). Women's Perceptions of Their Doula Support. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4): 34-40.

- Kozhimannil, K.B. – Attanasio L.B. – Hardeman, R.R. – O'Brien, M.** (2013). Doula Care Supports Near-Universal Breastfeeding Initiation among Diverse, Low-Income Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4): 378-382.
- Kvale, S.** (2005). *Az interjú. Bevezetés a kvalitatív kutatás interjútechnikáiba*. Ford. Kovács Bence, Sivaldó Ákos. Budapest: Jósöveg Kiadó.
- Lahire, B.** (2012). A habituselmélettől egy pszichológiai szociológia felé. Ford. Fáber Ágoston. *Replika*, 79: 45-66.
- Lundgren I.** (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2): 173-180.
- Melender H.L.** (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 51(5): 331-339.
- Memmi, D.** (2003). Governing through speech: The New State Administration of Bodies. *Social Research*, 70(2): 645-658.
- Meyer, B. – Arnold, J. – Pascali-Bonaro, D.** (2001). Social Support by Doula during Labor and the Early Postpartum Period. *Hospital Physician*, 37(9): 57-65.
- Nyitrai E.** (szerk.) (2021) *Dúlatanulmány*. <https://bekesdulakor.hu/dulatanulmany-2021>
- Lunda, P. – Minnie, C.S. – Benadé, P.** (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1755-8>
- Purdy, L.** (2006). Women's Reproductive Autonomy: Medicalisation and Beyond. *Journal of Medical Ethics*, 32(5): 287-291.
- Raphael, D.** (1973). *The Tender Gift: Breastfeeding*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Redshaw, M. – Heikkila, K.** (2010). *Delivered with Care: A National Survey of Women's Experience of Maternity Care*. Oxford: University of Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit. https://www.researchgate.net/publication/276280794_Delivered_with_Care_A_National_Survey_of_Women's_Experience_of_Maternity_Care
- Scott, K.D. – Klaus, P.H. – Klaus, M.H.** (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(10): 1257-1264.
- Scott, K.D. – Berkowitz, G. – Klaus, M.** (1999). A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(5): 1054-1059.
- Simkin, P. – O'Hara, M. A.** (2002). Selected Non-Pharmacologic Methods for Relief of Labor Pain: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5): 131-159.

- Simpson M.J.** (2012). Women's perspectives on supportive care during labour and delivery. MA Thesis. Vancouver: University of British Columbia.
- Stein, M.T. – Kennell, J.H. – Fulcher, A.** (2004). Benefits of a doula present at the birth of a child. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(5): 589-592.
- Steel, A. – Frawley, J. – Adams, J. – Diezel, H.** (2014). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 23(3), 225-241.
- Tari G.R.** (2020). *A férfi és női testek medikalizációja a XIX. századtól napjainkig.* Doktori disszertáció. Szeged: Szegedi Tudományegyetem Bölcsészeti és Társadalomtudományi Kar, Málnási Bartók György Filozófia Doktori Iskola Etika és alkalmazott filozófia alprogram.
- Varga K.** (2015). Az oxitocin pszichoemotív hatásai a szülés-születés szemszögéből. In: Kisdi Barbara (szerk.): *Létkérdések a születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében* (265-289). Budapest: L'Harmattan.
- Varga K.** (2019a). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In: Varga – Andrek – Molnár (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (276-284). Budapest: Medicina.
- Varga K.** (2019b). Quo vadis szülészet – a szülészeti beavatkozások távolhatásainak lehetséges mechanizmusai. In: Varga – Andrek – Molnár (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (389-398). Budapest, Medicina.
- Varga K. – Andrek A. – Molnár J. E.** (szerk.) (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében.* Budapest: Medicina.